

# Beiträge zur Ätiologie der „Maladie Gilles de la Tourette“ und zum Regressions-Problem

---

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde

der Medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von

JULIUS E. HEUSCHER

von Zürich

ZÜRICH 1949

ART. INSTITUT ORELL FÜSSLI A.-G.

Von der Medizinischen Fakultät Basel genehmigt  
auf Antrag von Herrn Prof. J. E. Staehelin

Tag der Promotion: 20. Dezember 1948



Erscheint im „Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie“,  
Band LXV, 1950

## Beiträge zur Ätiologie der „Maladie Gilles de la Tourette“ und zum Regressions-Problem.

Von JULIUS HEUSCHER.

In dieser Arbeit, die sich hauptsächlich auf die Beobachtungen und Untersuchungen an drei in unserer Klinik behandelten, an komplizierten Tics und Zwangsschreien leidenden Patienten stützt, sowie auf einige ähnliche, in der Literatur genügend ausführlich beschriebene Fälle, beabsichtigen wir die folgenden drei Fragen, die untereinander ziemlich eng verknüpft sind, zu behandeln:

1. Welche Rolle spielen konstitutionelle, infektiöse und psychische Faktoren im Entstehen der „Maladie Gilles de la Tourette“ und ähnlicher Krankheitsbilder? Um diese Frage, sowie die Richtung, in welcher wir die Antwort zu suchen geneigt sind, zu präzisieren, werden wir uns einer allgemeinen Darstellung der heute mehr und mehr in den Vordergrund des medizinischen Denkens rückenden psychosomatischen Anschauungsart bedienen.

2. Können wir im Milieu, in welchem unsere Kranken aufgewachsen sind, spezifische „psychische Konstellationen“ finden, die wir mit dieser eigenartigen Krankheit in Zusammenhang bringen können?

3. Inwiefern sind die im Verlaufe der „Maladie Gilles de la Tourette“ auftretenden Symptome als Regressionen zu betrachten, und wie lassen sich dieselben mit regressiven Erscheinungen bei Schizophrenien und anderen Erkrankungen und Situationen vergleichen? Dies wird uns schließlich zur Frage nach dem Verhältnis zwischen dieser Krankheit und der Schizophrenie führen.

### I. Umschreibung der „Maladie Gilles de la Tourette“

Im Jahre 1885 veröffentlichte *Gilles de la Tourette* (34) eine Arbeit, in welcher er aus den zahlreichen und mannigfaltigen Formen von Tic-Krankheiten ein gewisses, ihm spezifisch erscheinendes Syndrom abzugrenzen versuchte, in welchem die fortschreitende Verschlimmerung und Verallgemeinerung der Konvulsionserscheinungen, wie auch die Neigung zu Koprolalie und Echolalie als die wichtigsten Züge imponieren. Wir

geben hier einen Teil seiner ausgezeichneten Beschreibung dieses Syndroms, auf welche wir im Verlaufe unserer Ausführungen mehrmals zurückkommen werden, im französischen Originaltext wieder:

„Vers l'âge de sept ou huit ans, assez souvent un peu plus tôt, quelque fois plus tard, un enfant, garçon ou fille — car les deux sexes paraissent également atteints — dont l'hérédité nerveuse est presque toujours chargée, présente des secousses musculaires involontaires, des tics, qui ne tardent pas à attirer l'attention de ses parents, sans toutefois que ceux-ci dans la plupart des cas songent, alors, sérieusement à s'en alarmer. Les secousses sont, en effet, presque toujours limitées, au moins au début: elles occupent de préférence les muscles de la face qui devient le siège des clignements des yeux, de torsion de la bouche, de mouvements des lèvres brusques et rapides. Il s'y joint parfois, dès cette époque, des bruits laryngés expiratoires qui, dans la suite, pourront revêtir un caractère particulier . . . Les secousses musculaires peuvent, pendant assez longtemps, rester localisées aux muscles de la face, mais sous l'influence de causes toujours difficiles à préciser, de même d'ailleurs que celles qui ont présidé à l'éclosion des premiers tics, les mouvements se généralisent, notamment aux muscles des épaules et des membres supérieurs . . . Limités, peu fréquents dans les cas bénins et au début de l'affection, se reproduisant à intervalles plus ou moins éloignés, cessant pendant le sommeil, les tics ne manquent jamais de s'exagérer pendant la veille, sous l'influence des émotions normales. Les malades, toujours fort impressionables, ressentent très vivement les émotions causées par le plaisir ou la douleur: les excitations, les mouvements spasmodiques, augmentent alors d'intensité, en même temps que leur fréquence, leur amplitude, s'exagèrent; ils peuvent se généraliser . . .

Ces crises sont de durée variable: il y en a toutefois qui persistent pendant des semaines et des mois, entrecoupées de légères accalmies . . . Au plus fort de la crise, à moins que celle-ci ne soit exceptionnellement intense, les malades peuvent sur un ordre donné, sous l'ordre de la volonté, mettre un frein à leur agitation, cesser brusquement leurs mouvements, ce qui n'appartient qu'à la maladie des tics convulsifs, comparativement au moins avec ce qui existe dans la chorée de Sydenham . . . Lorsque la crise vient à son déclin, les mouvements diminuent. Mais alors que le calme semble être complètement revenu, il persiste toujours des mouvements, des secousses, en particulier dans les muscles de la face, qui indiquent que l'affection ne fait en réalité que sommeiller . . . Un jour, sous l'influence de causes impossibles à apprécier dans la plupart des cas, on entend le tiqueur émettre à haute voix, d'une façon toujours brève, un mot, une courte phrase qui dans l'espèce ont un caractère véritablement ordurier. A côté de la coprolalie, se place un autre stigmate psychique qu'on observe également, mais avec une fréquence moindre, chez les tiqueurs: j'ai nommé l'écholalie . . .“

In ihrer Monographie über den Tic (63) betonten *Meige* und *Feindel*, daß die „Maladie Gilles de la Tourette“ eine gut charakterisierte klinische Form darstelle, deren Individualität dadurch gewahrt werden müsse, daß man nur Tic-Fälle mit ständig zunehmender Neigung zur Verallgemeinerung der Konvulsionserscheinungen, die von Koprolalie und Echolalie begleitet sein können, dazurechne. Außerdem betonten diese Autoren, daß ausgeprägte psychische Störungen dieses Syndrom begleiten, und daß die „Maladie Gilles de la Tourette“ in seltenen Fällen in eine Geisteskrankheit überzugehen vermag. Ebenfalls erwähnen sie die bestehenden, eher zahlreichen Übergangsformen zwischen dem einfachen Tic und der „Maladie

Gilles de la Tourette“, sowie zwischen dem letzteren Syndrom und einer von *Brissaud* (14) als „Chorée variable“ beschriebenen Erkrankung. Die „Chorée variable“ soll sich von der „Maladie des Tics convulsifs“ hauptsächlich darin unterscheiden, daß die Bewegungen nicht so hastig, sondern mehr wellenförmig, ineinanderfließend sind und von Moment zu Moment, von Tag zu Tag Intensität und Lokalisation wechseln. Beide Affektionen sollen aber von demselben psychischen Verhalten abhängig sein.

Bedauerlich ist das Fehlen einer exakteren Terminologie in bezug auf die verschiedenen Formen und Syndrome von Tics. Die von *Brissaud* für eine gewisse Gruppe von Tics gefundene Benennung „Chorée variable“, die damals, als die organische Natur der Sydenham'schen und Huntington'schen Chorea noch nicht erwiesen war, nicht ungünstig schien, müßte heute sehr leicht zu groben Mißverständnissen führen. Für unsere Arbeit möchten wir deshalb die gesamten, einfachen und komplizierten Tics in drei Gruppen einteilen, nochmals betonend, daß Zwischenformen nicht selten sind. Zuerst die einfachen Tics, charakterisiert durch das Bestehen einer einzigen oder nur ganz weniger, in der Lokalisation nicht wechselnder, mit den Jahren kein Fortschreiten zeigender muskulärer Zuckungsarten. Dann eine sehr mannigfaltige Gruppe von generalisierten (verallgemeinerten) Tics, bei welchen zahlreiche Ticbewegungen bestehen, welche in ihrer Lokalisation wechseln, eine Tendenz zur Progression aufweisen und von einzelnen, auch zur „Maladie Gilles de la Tourette“ gehörenden Symptomen, wie Zwangsschreien, Koprolalie, Echolalie usw., begleitet sein können. Schließlich die dritte Gruppe, die oben als „Maladie Gilles de la Tourette“ beschrieben wurde, und die wir auch als konvulsive Tics bezeichnen, w~~elch~~ letztere Benennung wir von der französischen „Maladie des tics convulsifs“, die von *Guinon* (40) stammt, übernehmen. Während diese Einteilung hauptsächlich klinisch-deskriptiven Ursprungs ist, könnte man daneben noch eine Einteilung in idiopathische und symptomatische Tics rechtfertigen, was jedoch in den meisten Fällen klinisch nicht nur sehr schwierig sein, sondern auch nur eine beschränkte Berechtigung haben wird, wie wir das in den späteren Ausführungen über das Wesen dieser und ähnlicher Erkrankungen zu erklären versuchen werden.

Die, vielleicht etwas willkürliche Trennung der Tic-Krankheiten in einfache, verallgemeinerte und konvulsive Tics entspricht nicht nur einem klinischen, prognostischen und therapeutischen Standpunkte, sondern auch, wie wir sehen werden, einem rein wissenschaftlichen, insofern, als uns die komplizierteren Tic-Formen, mehr und deutlicher als die einfachen, gewisse Einblicke in das Wesen (oder den Aufbau) der menschlichen Psyche gestatten.

## II. Kasuistik

Gegen das Ende des letzten Jahrhunderts wurden relativ zahlreiche Fälle als „Maladie Gilles de la Tourette“ oder „Maladie des tics convulsifs“ beschrieben (*Köster, Gilles de la Tourette, Imfeld, Chabbar, Guinon, Oppenheim* u. a.). Manche der Anamnesen entsprechen aber nicht genügend den oben für dieses Syndrom aufgestellten diagnostischen Kriterien. Und während die Beschreibung der Symptomatologie dieser Fälle oft ausgezeichnet ist, vermissen wir heute in dieser den Interessen des Endes des letzten Jahrhunderts entsprechenden Kasuistik eine genügend ausführliche persönliche Anamnese. Hauptsächlich aus diesem Grunde werden wir nur auf einige wenige der, in der neueren Literatur übrigens sehr spärlichen, Fälle von mehr oder weniger typischer „Maladie Gilles de la Tourette“ näher eingehen, und zwar nur soweit, als diese zum Verständnis unserer eigenen Fälle beitragen und unsere Folgerungen unterstützen werden.

Diesbezüglich ist der von *Clauß* im Jahre 1943 vor der Berliner Gesellschaft f. Psych. u. Neurol. diskutierte Fall von eindeutiger „Maladie Gilles de la Tourette“ insofern von großem Interesse, als es sich anscheinend um den einzigen bekannten typischen Fall handelt, bei dem eine gründliche Hirnsektion erfolgt ist. Diese ergab einen völlig normalen histologischen und anatomischen Befund. Dieser Fall wurde schon im Jahre 1926 von *Strauß* (88) publiziert, der ihn — angeblich wegen einer ungenauen Anamnese — als Chorea Minor betrachtete.

Der einzige, mir bekannte, etwas ähnliche Fall, bei welchem ein Hirnsektionsbefund vorliegt, wurde von *Dewulf* und *van Bogaert* publiziert (26). Wir fassen das Wesentliche hier ganz kurz zusammen:

Dieser Mann soll erblich in keiner Weise belastet gewesen sein und eine völlig normale, gesunde Kindheit verbracht haben. Scheinbar infolge eines Unfalles, den er im Alter von 16 Jahren beim Fußballspielen erlitt, entwickelte sich bei ihm eine chronische, multiple Knochen-Tuberkulose, welche im Laufe der Jahre einen schwer kachektischen Zustand bedingte, und welche auch als die eigentliche Todesursache angesehen wurde.

Zwei Jahre nach seinem Unfall, d. h. im Alter von 18 Jahren, stellte sich die Tic-Erkrankung ein, und zwar waren Zwangsschreien, Koprolalie und Zwangsbewegungen gleich von Anfang an vorhanden und nahmen nach und nach an Intensität zu.

Es werden bei diesem Patienten drei Formen von Hyperkinesen unterschieden: 1. plötzliche unwillkürliche Muskelbewegungen, die eine gewollte Bewegung nachahmen; 2. richtige arhythmische, asynchrone, asymmetrische Myoklonien, die von Tag zu Tag an Intensität wechseln; und 3. eine fast dauernde choreatische Unruhe.

Außer einer rechtsseitigen Ptose des Augenlids, fehlender rechtsseitiger Bauchdeckenreflexe und eines gleichseitigen Hemispasmus des Facialis werden keine abnormale neurologische Befunde erhoben.

Es wird noch betont, daß keine auffälligen psychischen Symptome der Krankheit vorausgingen, daß während der Krankheit eine begreifliche Reizbarkeit als einzige psychische Veränderung, und erst in den letzten drei Wochen seines Lebens gewisse Verfolgungswahnideen auftraten.

Der Patient starb im Alter von 30 Jahren, ganz kachektisch, nach einem schweren epileptiformen Anfall.

Auch in diesem Falle zeigte die sorgfältige histopathologische Untersuchung des Gehirns nichts Wesentliches, woraus die Autoren schlossen, daß die „Maladie Gilles de la Tourette“ nicht zu den extrapyramidalen Erkrankungen gehöre, und daß es Fälle dieser Krankheit gebe, die nicht als Folgen einer infektiösen Erkrankung anzusehen seien. Unsererseits hätten wir allerdings Bedenken, diesen Fall als eindeutige „Maladie Gilles de la Tourette“ zu diagnostizieren: Das Fehlen der charakteristischen psychischen Störungen; das Alter, in welchem die Krankheit manifest wurde; das Fehlen der typischen allmählichen Zunahme der Symptome (die wir besonders im folgenden Fall deutlich sehen werden); die Unfähigkeit, während den hyperkinetischen Anfällen Fragen zu beantworten; das Fehlen von Echolalie, von Echokinesie und anderen Zwangssymptomen<sup>1</sup>); das Fehlen jeglicher hereditärer Belastung; das Bestehen von, wenn auch nur geringfügigen, abnormen neurologischen Befunden; das Bestehen von drei Formen von Hyperkinesen und der epileptiforme Anfall vor dem Tode würden uns von dieser Diagnose fernhalten. *Bing* (6) würde hier sicherlich die durch die Tuberkulose bedingte Schwächung des Allgemeinzustandes als ätiologisch sehr wichtig betrachten, da er annimmt, daß unter solchen Umständen Störungen im Innervationsgleichgewicht einzelner Teile des subkortikalen Ganglienzellapparates auftreten können. Nichtsdestoweniger ist dieser Autopsiebefund ebenfalls für das Verständnis der folgenden, in unserer Klinik beobachteten Fälle sehr wichtig.

Bei unserem Fall I handelt es sich um ein 19jähriges Fräulein, das von uns eingehend untersucht und während vieler Monate behandelt wurde.

Heredität: Sowohl die Patientin wie auch deren Mutter waren uneheliche Kinder. Die Mutter und die Großmutter mütterlicherseits werden als leicht erregbare, überängstliche und affektlabile Menschen beschrieben. Die Großmutter verlor ihren eigenen Vater schon als Kind und wuchs allein mit ihrer Mutter auf. Väterlicherseits soll keine sehr ausgesprochene erbliche Belastung vorliegen. Doch scheint der Vater in seiner Jugend ein etwas haltloser, leichtsinniger Mensch gewesen zu sein. Jetzt ist er kinderlos verheiratet, eher etwas pedantisch, in seinem Beruf erfolgreich. Weder väterlicherseits noch mütterlicherseits konnte eine Belastung mit zwangsneurotischen Symptomen oder Tics ausfindig gemacht werden.

Die finanziellen und sozialen Verhältnisse, in welchen die Patientin aufwuchs, waren recht bescheiden: Die Mutter hatte ein spärliches Einkommen als Schneiderin in einem Konfektionsgeschäft. Die Großmutter, welche immer zusammen mit Tochter und Enkelin gewohnt hatte, besorgte den Haushalt und kümmerte sich um die Patientin. Obschon in der deutschen Schweiz, herrschte zuhause die französische Muttersprache vor.

Die Mutter, die eine Heirat mit dem Vater der Patientin erhofft hatte, war sehr

<sup>1</sup> Wir machen einen Unterschied zwischen den bei der Zwangsneurose vorkommenden bekannten zwangsneurotischen Symptomen und den Tics. Hingegen bezeichnen wir die einen wie die anderen als Zwangssymptome.

enttäuscht, als dieser eine andere Frau heiratete. Auch heute noch wird sie sehr erregt, sobald man auf diese Geschehnisse zu sprechen kommt. Die Geburt der Patientin verlief ohne Komplikationen. Das neugeborene Töchterchen wurde gleich von Anfang an von Mutter und Großmutter sehr verwöhnt und in übertriebener Weise vor allen möglichen Gefahren geschützt und auf diese aufmerksam gemacht. Der Ernährung und den Ausscheidungsvorgängen der Patientin wurde eine übertriebene Aufmerksamkeit geschenkt; auch durfte sie nicht mit andern Kindern auf der Straße spielen usw. Man ließ sie als kleines Kind nie schreien; auch sonst war man immer nachgiebig. Oft machte die Großmutter die größten Anstrengungen, der Patientin etwas besonders Gutes zu kochen, damit sie ruhig und brav sei. Und doch erinnert sich die Patientin, daß sie selbst damals (bevor infolge des langsam entstehenden intensiven Trotzes die Verhältnisse mit Mutter und Großmutter getrübt wurden) nicht eigentlich das Gefühl hatte, geliebt und erwünscht zu sein und die Bemühungen der Großmutter mehr als eine bequeme Mode, womit man versuchte, keine Schwierigkeiten mit ihr zu haben, empfand. Verständlicherweise gewöhnte sich die Patientin daran, zu schreien oder zu toben, bis ihren Wünschen entsprochen wurde, und konnte dies ihrem Gewissen gegenüber damit rechtfertigen, daß Mutter und Großmutter ja nicht aus Liebe, sondern nur aus Berechnung, nämlich um Ruhe zu haben, nachgiebig waren. Zu diesem Schlusse fühlte sie sich wohl besonders deshalb berechtigt, da ihr beständig ihre Unfähigkeit, irgendetwas richtig zu machen, ihre Wertlosigkeit, ihre Dummheit direkt — und mehr noch indirekt — vorgeworfen wurden. So entwickelte sich eine ungeheure Neigung zu Trotzreaktionen, da diese einerseits eine Gegenreaktion gegen die versteckten aggressiven Impulse der Mutter und der sich mit dieser identifizierenden Großmutter bildeten (es ist anzunehmen, daß Haßgefühle der Mutter gegen ihr uneheliches Kind, das ihr ganzes Leben erschwerte, das ein Teil des untreuen Vaters war, und das sie zudem nötigte, mit ihrer eigenen Mutter weiterhin zusammenzuleben, verdrängt wurden und sich hauptsächlich indirekt in der absoluten Bevormundung und der Verwöhnung ihres Kindes manifestierten), anderseits das beste Mittel zur Erfüllung jeglichen Wunsches schienen. Als nun aus dem in den ersten Jahren eher gehorsamen und gutmütigen Kinde ein „störrisches und unaufrichtiges“ Mädchen geworden war, versuchte man es ab und zu mit Schlägen. „Doch“, berichtete uns die Mutter, „man hätte sie eher umbringen können, als daß sie nachgegeben hätte.“

Schon vor Eintritt in die Kleinkinderschule begann die Patientin zu fühlen, daß es bei ihr zuhause nicht so war, wie bei andern, daß der Vater fehlte, und daß andere Kinder Gespielinnen hatten usw. Im Vergleich mit den Schulkameradinnen wurden dann die ambivalenten Gefühle gegenüber Mutter und Großmutter viel stärker, und sie begann sich eine konsequentere Führung einerseits und eine größere Anerkennung der eigenen Persönlichkeit andererseits zu wünschen.

Lange vor Eintritt in die Schule zeigte die Patientin, die von Geburt an motorisch etwas hyperaktiv war, deutliche nervöse Symptome: So begann sie schon sehr früh, ihre Nägel abzubeißen, und diese Gewohnheit besteht auch heute noch in vermindertem Maße. Dann war die Patientin ein äußerst ängstliches Kind: Sie konnte nie allein gelassen werden, hatte Angst vor unbekannten Leuten und mußte nachts sich immer wieder durch die offen gelassene Verbindungstüre mit dem Schlafzimmer der Mutter und der Großmutter versichern, daß beide ja nicht fortgegangen seien. Wenn sie als brav befunden wurde, durfte sie im Bett der Mutter schlafen und wurde dann schlafend in das Kinderbettchen hinüber getragen. Im Bett der Mutter fühlte sich die Patientin geborgen und frei von jeglicher Angst. Dieses „bei der Mutter einschlafen“ dauerte, bis die Patientin 8jährig war. In diesen und den folgenden Jahren gab sich die Patientin viel mit einer häßlichen, aber unverwüstlichen Negerpuppe ab und behandelte sie so, wie sie sich von der Mutter behandelt fühlte: Wenn die Puppe brav war, durfte sie in der Patientin Bettchen schlafen; zwischendrin mußte sie aber die böse Puppe sein, die zur Strafe gegen die Wand geschmissen und auf welcher herumgestampft wurde, nur um ihr kurz darauf wieder alles zu verzeihen.

Während der ersten Schuljahre änderte sich Einiges im Benehmen der Patientin. Die Ängste nahmen ab und an deren Stelle traten Ticbewegungen, und zwar zu allererst ein Augenzwinkern. Der kritische Sinn der Patientin reifte am Vergleich mit den andern Schülerinnen, sodaß anstelle der vagen Unsicherheit der Patientin gegenüber der unbefriedigenden Situation zuhause eine Verstärkung der Trotzreaktionen und der Aggressivität einerseits, die Tics andererseits traten. Der auslösende Faktor für die Augentics scheint eine Szene gewesen zu sein, deren sich die Patientin nur ungenau und ungern erinnert, in welcher die Mutter während einem ihrer allzu häufigen Tobsuchtsanfälle der Patientin die Schere an den Kopf warf und sie damit gerade unterhalb des rechten Auges verletzte. Auch jetzt noch sieht man dort eine kleine Narbe. Die Patientin wollte niemandem von dieser Szene erzählen und gab in der Schule an, daß die Narbe von den Masern herstamme. Sie behauptete dies immer und immer wieder, bis sie es fast selbst glaubte. Auch jetzt noch hat sie eine schreckliche Furcht, ihre Augen könnten irgendwie verletzt werden.

Während die Patientin zuhause ein „Teufel“ war, d. h. fast dauernd mit Mutter und Großmutter stritt — wobei es beiderseits öfters zu Tätlichkeiten kam — war sie in der Schule recht beliebt und tüchtig und hatte viele, wenn auch nie sehr intime Freundinnen. Manchmal schien sie sich gar nicht mehr um die Vorschriften ihrer Großmutter und Mutter zu kümmern. So ging sie auch abends gegen deren Willen oft bis spät mit Schulfreunden aus. Indessen wurden die Tics immer stärker, griffen von dem Gesicht auf die Extremitäten über und wurden immer mannigfaltiger: Pfeifen, Glucksen, Blasen und schließlich auch unartikulierte Schreie, so daß die Patientin nach der zweiten Sekundarklasse ihre Ausbildung nicht mehr fortsetzen konnte. Sie kam deshalb in mehrere Heime und Kliniken zur Beobachtung und Behandlung, wurde aber immer wieder von ihrer unvernünftigen Mutter in ihren Wünschen, nach Hause zurückzukehren, unterstützt, so daß sie überall vorzeitig entlassen werden mußte. Diese Haltung der Mutter kann sich nur aus der gegenseitigen neurotischen Abhängigkeit erklären, auf die wir noch später zu sprechen kommen werden. Zuhause wurden immer wieder die gleichen Konflikte lebendig, sodaß jeder erzielte Fortschritt bald zunichte wurde.

Des Vaters und der Mutter Familie setzten die schon seit langem bestehenden freundschaftlichen Beziehungen fort, so daß der Vater oft auf Besuch kam, wobei er der Patientin als Onkel vorgestellt wurde. Die am weitesten zurückreichende Erinnerung der Patientin ist folgende: Sie sitzt als 2- oder 3jähriges Mädchen auf den Knien des Vaters, und — während die andern Anwesenden sich untereinander unterhalten — flüstert er ihr ins Ohr, halb im Spaß, halb im Ernst: „Je suis ton Papa.“ Obschon die Patientin schon sehr früh, auch abgesehen von der eben beschriebenen Szene vermutete, daß dieser angebliche Onkel, den sie so oft besuchen mußte, der einerseits sehr freigebig, andererseits aber viel strenger war als die Mutter, ihr Vater sein könnte, wagte sie erst mit 14 oder 15 Jahren ihre Mutter zu fragen, warum denn dieser Pseudo-Onkel sich so sehr in die Angelegenheiten ihrer eigenen Familie einzumischen erlaube. Die Mutter sagte ihr dann den richtigen Sachverhalt. Seit dieser Zeit fühlt sich die Patientin ihrem Vater gegenüber noch fremder, will ihn in keiner Weise als Vater anerkennen, sondern nennt ihn immer noch „Onkel“. Inwieweit die in den folgenden Jahren aufgetretene Verschlimmerung des Zustandes der Patientin mit der Erkenntnis, sowohl unehelich wie auch „zufällig“ konzipiert worden zu sein, inwieweit sie mit der Pubertät oder mit anderen Verhältnissen zusammenhängt, ist äußerst schwer zu bestimmen. Jetzt traten auch die Schrei-Tics auf, die sich nach und nach zu koproialen Ausrufen hauptsächlich sexuellen Inhaltes entwickelten. Auch heute noch sind weder der Patientin noch uns gewisse Schreie als Worte erkennbar. Zu Beginn konnte sie das Schreien, wenn notwendig, 2 bis 3 Stunden lang unterdrücken; doch schließlich wurde es so unwiderstehlich und laut, das es ihr verunmöglichte, an irgendeinem größeren Anlasse teilzunehmen, ja, daß sie kaum mehr wagte, sich auf die Straße zu begeben.

Vor einem Jahr starb die Großmutter der Patientin, wahrscheinlich infolge eines ulkusbedingten Pylorusverschlusses. Bis ganz kurz vor ihrem Tode war die Patientin mit der schwer leidenden Großmutter, die keinen Arzt zuziehen wollte, allein in der Wohnung, da ihre Mutter sich in den Ferien befand. Die Patientin fürchtete sich schrecklich, und besonders nachts horchte sie immer wieder auf, um sich zu vergewissern, daß die Großmutter noch atme. Hingegen will sie beim Tode der Großmutter und sogar bei ihrer Leichenschau fast nichts empfunden haben. Anschließend sei sie ganz mit dem Gefühl: „Jetzt gehe ich zur Großmutter und erzähle ihr, was ich alles gesehen habe“ heimgeliehet. Daß es sich hier um einen „affektiven Stupor“ handelte, geht auch daraus hervor, daß die Patientin auch heute noch, wenn sie abends im Dunkeln im Bett liegt, schreckliche Ängste aussteht, wobei sie in jedem Halbschatten das Bild der Großmutter bei der Leichenschau sieht und durch jedes Geräusch an die schwerkranke Großmutter erinnert wird. Es handelt sich dabei teils um Pseudohalluzinationen, teils um Illusionen. Dazu gesellte sich dann noch ein Zwang, immer dorthin zu sehen, wo diese Erscheinungen am ehesten auftreten konnten, so daß sie oft bis spät nachts nicht einzuschlafen vermochte.

Während sich die Tics und die Koprolalie der Patientin nur wenig verstärkten, trat nach dem Tode der Großmutter eine deutliche Wesensveränderung ein in dem Sinne, daß die Patientin äußerlich weniger aggressiv wurde, d. h. möglichst jede Ursache zum Streit zu vermeiden begann. Als ihr die Mutter bei einer geringfügigen Meinungs-differenz vorwarf, die Großmutter durch ihre Unerzogenheit unter den Boden gebracht zu haben, reagierte die Patientin äußerlich gar nicht, konnte aber den Vorwurf seither nicht mehr vergessen. Überhaupt wirft sich die Patientin selbst ihr früheres Benehmen der Großmutter gegenüber vor und sieht in einer sehr abergläubischen Weise in ihrer Krankheit eine Strafe für ihren Ungehorsam gegenüber der Großmutter. Früher soll die Patientin „sehr affektinkontinent“ gewesen sein, doch jetzt fällt es ihr sehr schwer, ihre richtigen Gefühle hervorzukehren, ja, oft muß sie nach außenhin gerade das Gegenteil ihrer wirklichen Gefühle zeigen. Abends geht sie nicht mehr, wie früher oft, ohne Erlaubnis aus.

Einmal schrieb mir die Patientin: „Bis jetzt konnte ich auch nie fühlen, daß mich jemand versteht und gern hat, trotzdem ich so schreie . . .“ Die Mutter und Großmutter sollen ihr nie Verständnis für ihre tieferen Probleme entgegengebracht haben. Von sexuellen Dingen hörte die Patientin nie das Geringste zuhause, sondern erhielt eine recht unvollständige Aufklärung aus den Bemerkungen und schmutzigen Witzen ihrer Klassenkameraden. Nach der Menarche (im Alter von zirka 13 Jahren) schämte sie sich derart ihrer Perioden, daß sie zuhause mehrere Monate nichts davon sagte, obschon sie gehört hatte, daß bei allen Mädchen periodische Blutungen auftreten. Nicht nur in bezug auf die sexuellen, sondern auch auf die exkretorischen Vorgänge zeigte die Patientin seit jeher große Hemmungen. Bis ins Schulalter hinein wurde von ihr zuhause verlangt, daß sie den Nachtopf gebrauchte, was schließlich, als sich ihr Trotz herausbildete, dazu führte, daß sie oft stundenlang auf dem Topfe saß und „zuleide“ nichts machen wollte. Sie hatte dann (bis heute) immer Hemmungen in bezug auf das WC. Bei fremden Leuten würde sie es nie über sich bringen, darnach zu fragen, und oft hält sie daher allzulang zurück. Andererseits kann sie, wenn sie allein zuhause ist, lange Zeit auf dem WC. irgend etwas lesen.

Der Patientin psychosexuelle Entwicklung ist ebenfalls charakteristisch: Sie hat noch nie irgendwelche sexuelle Beziehungen gehabt, noch nie masturbiert. Oft müsse sie sich hingegen fast zwangsmäßig mit sexuellen Dingen (die sie auch als „Sauereien“ bezeichnet) gedanklich beschäftigen. Dann will sie wieder, auch sich selbst gegenüber, das Bestehen eigener sexueller Gefühle gänzlich verneinen und distanziert sich vollkommen von ihren koprolalen Ausrufen sexuellen Inhaltes.

Wenn man sich das Heim der Patientin, wo sie auch jetzt noch als unvernünftiges und unfähiges Kind behandelt wird, sowie diese Verdrängung der eigenen Sexualität vor Augen führt, so fällt besonders stark auf, daß die einzige etwas vertraute Freundin

der Patientin ein 20jähriges Fräulein ist, welches im Einverständnis mit ihren Eltern seit Jahren ein geschlechtliches Verhältnis mit einem jungen Herrn unterhält. Die Patientin bewundert jene Eltern, und in ihren häufigen Tagträumen hat sie sich oft ausgemalt, daß sie jener Leute Kind sei. Im Laufe unserer psychischen Behandlung erhielten wir immer und immer wieder Belege dafür, daß es sich bei dieser Beziehung hauptsächlich um eine Identifikation der Patientin mit dieser Freundin handelte. Das Zurückdrängen der eigenen sexuellen Gefühle begründet die Patientin auch damit, daß sie, solange ihre „Störungen“ weiterhin bestünden, doch nie an eine Ehe denken könnte. Zugleich hat sie aber große Angst, das Los ihrer Mutter und Großmutter teilen zu müssen, nämlich ein uneheliches Kind zu konzipieren. Dies entspringt wohl einerseits der oben schon erwähnten Identifikation mit der Mutter, andererseits der Furcht, die verdrängten sexuellen Triebe könnten hervorbrechen. Es handelt sich dabei primär vielleicht nicht einmal um sexuelle Triebe, sondern mehr um ein Anlehnungs- bzw. Sicherungsbedürfnis. Da ihre Mutter dies nicht stillen konnte und da sie dies (deshalb) auch nicht von jemand anderem erwarten zu können glaubt, zieht sie sich lieber in sich zurück. Dabei werden die gestauten Bedürfnisse aber so groß, daß sie schreibt: „Auch ist es unmöglich, einfach einen Freund zu haben, dem ich alles sagen kann und mit dem ich verkehren könnte, wie wenn es meine Freundin wäre, und dem ich aber doch nicht ganz gehören könnte, ich müßte ihn schon nicht fest lieben.“ Oder „... Ich kann jemand so fest gern haben, daß mir eine Enttäuschung nie mehr das volle Vertrauen den Menschen gegenüber geben kann. Darum setze ich mir immer vor Augen: lieber jetzt mich ganz zurückziehen, damit es nie soweit kommt.“ Dieser Konflikt drückte sich auch in ihren seltenen Träumen aus: „Es träumte mir, ich sei mit einer Kameradin in einem Fluß schwimmen gegangen. Es war so heiß, daß wir die Badekleider anzogen und weit hinaus schwammen. Plötzlich jedoch stand eine Krankenschwester da, nahm mich beim Arm und führte mich in einen Raum, schloß hinter mir die Türe und verschwand. Es wurde mir ganz unheimlich da drinnen, überall sah ich jene Instrumente, mit denen man die Einspritzungen macht. Auch die Fenster waren ganz vergittert; ich bekam Angst. Auf einmal war es nicht mehr jener Raum, sondern Ihr Behandlungszimmer. Sie fragten mich allerlei, worauf ich Ihnen klar auf alles Antwort gab. Ich hatte keinerlei Hemmungen.“

Wir sehen in diesem Traum die Freundin, mit der sie im Fluß schwimmen will, die Krankenschwester als Mutter-Substitut, welche die Patientin allein einsperrt, und den Arzt, der ihr einen neuen, freien Umgang ermöglicht.

In einem andern, sich wiederholenden Traum fühlt sich die Patientin verfolgt und eilt durch lange Korridore; doch alle Türen sind versperrt, außer einer einzigen; doch immer wieder rennt sie an dieser vorbei. Dann hatte sie auch öfters einen Traum, in welchem sie, verfolgt, einen Berg hinauf eilt, immer mühsamer weiter kommt und schließlich mit Atemnot und schweißgebadet vor Angst erwacht.

Die Tics und Schreie der Patientin sind zahlreich und wechselnd, wenn auch ihr Grundcharakter ziemlich gleich bleibt. Im Bereich des Kopfes bestehen ticartiges Blinzeln, Schmatzen, Glucksen, Zunge-hinausstrecken, Pfeifen, Blasen, im Bereich der Extremitäten ausschlagende und umarmende Bewegungen, rechts ausgesprochener als links. Den Schrei-Tics gehen meist einige intensive motorische Tics voraus, welche oft den Eindruck des „zum Schreien-Anlauf-nehmens“ erwecken. Andererseits verhalten sich gewisse Tics antagonistisch: sie schreit laut und gibt sich dann eine Ohrfeige oder hält die Hand vor den Mund und sagt „Psst!“ Die äußerst lauten Schreie treten besonders in Situationen auf, in welchen die Patientin irgendwie exponiert ist, d. h. wenn sie nicht schreien sollte und auch dann, wenn sie aufgeregt ist. Durch dauernde Ablenkung (Gespräch, interessante Lektüre) können alle Tics fast beliebig lang unterdrückt werden. Bezüglich der sogenannten „exhibitionistischen“ Komponente, die bei den Schrei-Tics hervorgehoben wird (95), möchte ich folgende anamnestiche Data erwähnen, die ebenfalls auf einen starken narzistisch-exhibitionistisch-voyeuristischen Komplex bei der Patientin hinzuweisen scheinen: a) schon früh liebte

sie, stundenlang vor dem Spiegel verschiedene Kleider (auch von der Mutter) anzuprobieren. b) In einem Heim entkleidete sich ein Mädchen im Badezimmer ohne jegliche Scham vor ihren Augen; daraufhin rannte die Patientin in einer Panik zur Vorsteherin und konnte auch nach langer Zeit dieses Badezimmer-Erlebnis nicht vergessen. c) Schließlich ist bemerkenswert, daß die Patientin, als sie maskiert an der letzten Fastnacht teilnahm, keinen einzigen Tic aufwies. — Der Inhalt der kopro-lalen Ausrufe scheint hauptsächlich einerseits die verdrängten sexuellen Impulse, andererseits die Betonung der moralischen Intaktheit der Patientin zu offenbaren. Eine Wortserie, bestehend aus wenigen, kurzen Ausdrücken, ähnlich wie schon von anderen Autoren beschrieben (12, 22, 34), stellte diesen Komplex besonders deutlich dar: „Sex, homosex, keusch“: die ersten zwei Worte mittellaut gesprochen, das letzte laut ausgeschrien. Die zwangsartig ausgesprochenen Worte sind aber einigermaßen wechselnd und durch die jeweiligen Probleme der Patientin bedingt. So mußte sie z. B. vor Eintritt in unsere Klinik immer wieder deren Namen ausrufen, während sie es doch vor allen Leuten geheimhalten wollte, daß sie im Begriffe sei, in eine Nervenheilanstalt einzutreten. Oft, wenn nicht immer, wußte die Patientin selbst nicht den Inhalt ihrer Wort-Schreie, bis sie auf diesen von Außenstehenden aufmerksam gemacht wurde. Auch dann noch protestierte sie meistens, sprach aber dann die Worte noch deutlicher aus. Echolalische und echopraktische Symptome waren bei der Patientin ebenfalls nachweisbar, in dem Sinne, daß sie gewisse zufällige Laute ihrer Umgebung, seltener Worte, oder dann Bewegungen, die Personen um sie herum ausführten, nachahmte, ohne sich dessen jedoch bewußt zu sein. Überhaupt waren diese Echosymptome nur bei genauerer Beobachtung bemerkbar.

Aus der medizinischen Anamnese wollen wir nur hervorheben, daß die hübsche Patientin nie eine Krankheit, die an Enzephalitis denken ließe, durchgemacht hat, und daß die Tics von allen möglichen Medikamenten (Barbiturate, Atropin, Weckamine Parpanit u. a.) fast gar nicht beeinflußt wurden. Mit drei Jahren mußte sie sich einer Nasenoperation unterziehen, vor der sie schreckliche Angst hatte. Mit 5 Jahren machte sie einen leichten, unkomplizierten „Keuchhusten“ durch. Dann, mit etwa 7 Jahren, begann die Patientin an häufigen Kopfschmerzen, die oft von Epistaxis gefolgt waren, zu leiden. Diese traten in den letzten Jahren nur noch selten auf.

Von den Befunden der körperlichen und neurologischen Untersuchung sind nur der athletoide Körperbau, sowie die zahlreichen Symptome neurovegetativer Labilität (Schwitzen, Dermographismus, Gänsehautphänomen, gastrointestinale Übererregbarkeit, Hyperreflexie, Erröten usw.) erwähnenswert.

Von den psychologischen Untersuchungen zeigt die Intelligenzprüfung eine etwas überdurchschnittliche Begabung, während der Jung'sche Assoziationsversuch auf verschiedene Komplexe (im Zusammenhang mit Eltern, Heirat und Sexualität, wahrscheinlich auch mit Masturbationsideen) hinweist. Das Schriftbild der Patientin ist ein pedantisch ordentliches. Der Rorschach'sche Formdeutungsversuch verrät eine extreme neurotische Affekt- und Trieb-Verdrängung, die sich hauptsächlich im Fehlen aller Farb- und Bewegungsantworten und in den 100% F+ Antworten offenbart, welch letztere auch eine gewisse Pedanterie anzeigen. Zudem läßt der Versuch eine Kontaktfähigkeit der Patientin vermuten ( $T\% = 75$ , fast keine M- oder Md-Antwort).

Entsprechend auch diesen Resultaten des R-Versuches war das allerschwierigste Problem zu Beginn der Psycho-Therapie, guten Kontakt mit der Patientin zu finden. Verständlicherweise übertrug sie sogleich ihre ambivalente Haltung gegenüber der Mutter auf den Arzt. Nur ganz allmählich gab sie diese defensiv-ambivalente zugunsten einer eindeutig positiven Haltung auf, was Hand in Hand mit einer Lockerung der psychischen Verteidigungs-Mechanismen einherging. Erst hier konnte sie sich erstmalig selbst zugeben, daß ihr sich „Zurückziehen“ nicht so sehr eine Folge ihrer gesellschaftswidrigen Tics darstellte, sondern einer primären Tendenz entsprach, deren Ursprung sie noch nicht erfassen konnte.

Mit dem eben beschriebenen werden wir den folgenden Fall vergleichen, der vor 15 Jahren längere Zeit in unserer Klinik beobachtet und behandelt wurde. Es war möglich, eine eingehende Katamnese dieser Patientin zu erhalten:

Bei diesem **Fall II** handelt es sich um ein, zur Zeit der Beobachtung 19jähriges jüdisches Fräulein. Über die Heredität ist zu erwähnen, daß ihr Vater ein reizbarer, aber im Grunde gutmütiger, sehr erfolgreicher Kaufmann ist, der einen leichtsinnigen Bruder hat. Die 11 Jahre jüngere, 40jährige Mutter ist eine äußerst nervöse Frau, die seit Jahren an herzneurotischen Symptomen, Angstzuständen und Schwächeanfällen leidet und vor vielen Jahren in ähnlicher Weise wie die Patientin geschrien habe. Von 4 Geschwistern der Mutter sollen alle nervöse oder charakterologische Störungen aufweisen; eine Schwester soll an einem ticartigen Räuspern leiden. Von den Großeltern mütterlicher- und väterlicherseits ist nichts Abnormes bekannt. Die Patientin hat einen einzigen fünfjährigen Bruder, der seit kurzer Zeit nervöse Symptome wie Ängstlichkeit, Anorexie, „unbegründetes“ Erbrechen usw. aufweist.

Die Patientin verbrachte ihre Kindheit in einer elsässischen Stadt. Ihre Muttersprache ist französisch. Von klein auf war sie (bis 14jährig) als einziges Kind sehr verwöhnt worden, hatte z. B. immer die teuersten Spielsachen. Jedoch war sie fast den ganzen Tag den Dienstmädchen überlassen. Schon früh erwies sie sich als sehr intelligent, weshalb sie denn auch mit 7 Jahren direkt in die 2. Klasse eintreten konnte. Sie war immer sehr ängstlich und wollte z. B. nicht ins Bett gehen, ohne daß die Türe zum Nebenzimmer, in welchem sich die Eltern aufhalten mußten, offen gelassen wurde. Auch so schlief sie lange nicht ein, sondern rief ab und zu, um sich zu vergewissern, daß die Eltern noch anwesend waren. Unter anderem hatte sie als 9jährige eine schreckliche Angst vor der Mandeloperation. Bis etwa 10jährig soll sie ein ziemlich gutes und liebes Kind gewesen sein, habe aber schon vorher begonnen, ihre Umgebung zu tyrannisieren. Dabei spielte anscheinend mit, daß der Vater selten zuhause war, sich wenig um sie kümmerte und schließlich durch außereheliche Verhältnisse der Familie noch mehr entfremdet wurde. Die innerlich unsichere und nervöse Mutter ließ sich durch die Patientin stark beeinflussen, so daß ihr eine konsequente Erziehung unmöglich wurde. Die Patientin benützte diese Schwäche der Mutter, einerseits zum eigenen Vorteil, andererseits empfand sie gerade dieser Inkonsequenz wegen eine große Abneigung gegen die Mutter, die sie allzusehr den ebenso inkonsequenten Dienstmädchen und Erzieherinnen überließ. Das einzige Dienstmädchen, das sie lieb gewonnen habe, sei dasjenige gewesen, das sie recht energisch zurechtzuweisen wagte.

Die Patientin hängt einerseits sehr stark an ihrer Mutter, was sich unter anderem auch darin zeigte, daß sie nach kurzem Aufenthalt in unserer Klinik ein ihr selbst unerklärlich starkes Heimweh nach der Mutter hatte; andererseits kann sie sich dieser gegenüber ganz besonders unausstehlich benehmen. Als kleines Kind war sie ehrlich, begann aber später sehr viel zu lügen. Mit 7 Jahren (1917) trat sie in die deutsche Schule ein, wo sie großen Respekt vor den Lehrern hatte, sehr viel arbeitete und gut vorwärts kam. Da sie sehr ehrgeizig war, hoffte sie, später einmal studieren zu dürfen; doch zeigten ihre Angehörigen kein Verständnis für ihre geistigen Interessen. Beim Turnen war sie ängstlich und ungeschickt und machte aus Angst beim Seilspringen nie mit. Hingegen lebte sie viel in Tagträumen, las Märchen oder die Romane der Marlitt und liebte es, sich die Situationen auszumalen und sich selbst als Heldin zu sehen. In der Mädchenschule litt sie sehr darunter, daß sie als Jüdin und „Bubenfreundin“ (da sie fast ausschließlich mit ihren Vettern spielte) viel ausgelacht wurde und sich nicht dagegen zu wehren verstand. Im allgemeinen galt die Patientin als ein „Gassenengel“ und ein „Hausteufel“.

Die Patientin hatte angeblich zweimal, mit 5 und mit 10 Jahren, Diphtherie. Es kann jedoch nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, ob es sich nicht das erstemal um eine Enzephalitis handelte. Die ersten ticartigen Bewegungen, hauptsächlich

Augenblinzeln und Kopfschütteln, traten auf, als die Patientin etwa 7jährig war. Zwei Jahre später sah die Patientin anlässlich der Basler Fastnacht auf einem der Festwagen einen Mann, der aus einem Nachttopf Würste und Senf schöpfte, wobei sie einen starken Ekel empfand. Kurz darauf stellte sich ein ticartiges Schnaufen und Beugen des rechten Armes ein, weshalb sie zur Erholung in einen Badeort geschickt wurde, bis sie als „geheilt“ nach Hause zurückkehren konnte. Hier bedrückte es sie jedoch, daß sie die Schulklassen wiederholen mußte, aber noch mehr litt sie darunter, daß ihre Eltern kein Verständnis für ihren Kummer aufbringen konnten. Im Laufe der Jahre wurde sie der Mutter gegenüber immer unausstehlicher, was dadurch nicht besser wurde, daß ihr die Eltern stets ihren Mangel an Herzlichkeit vorhielten. Sie half nie mehr zu Hause und zog ihre Kleider eher zerrissen an, als daß sie sie selbst flickte. Hingegen konnte sie mit Freuden für fremde Leute arbeiten.

Mit 11 Jahren mußte die Patientin zum Zahnarzt, stand dabei riesige Angst aus und brüllte überlaut. Daraufhin stellten sich ihre Tics wieder ein. Von nun an war die Patientin nur noch selten zu Hause; sie wurde in verschiedenen Pensionaten untergebracht, wo sie von mehreren bekannten Nervenärzten ohne Erfolg behandelt wurde. Bemerkenswert ist nur, daß ihr Zustand stark wechselte und die Tics gehäuft auftraten, sobald sie zu Hause war.

Die Patientin begann schon 5- oder 6jährig zu onanieren und verfiel deshalb immer stärkeren inneren Konflikten. Wohl bat sie die Mutter um sexuelle Aufklärung, doch erwiderte ihr diese immer nur, kleine Kinder brauchten dies nicht zu wissen. Auch nachdem sie schließlich die gewünschte sexuelle Aufklärung von einem Dienstmädchen erhalten hatte, blieb ihr bei den bald zahlreichen Herrenbekanntschaften immer die Angst, sie könnte schon durch das Küssen schwanger werden. In Gegenwart von Herren hatte sie viel weniger oder gar keine Zuckungen, ja, sie empfand die Anwesenheit von Herren wie einen Schutz und konnte oft stundenlang völlig unauffällig tanzen; doch sobald es zu erotisch stärker betonten Situationen kam, steigerten sich die Tics.

In einem Pensionat wohnte ihre beste Freundin im benachbarten Zimmer. Damals hatte die Patientin nachts oft eine unerklärliche Angst vor dem Tode, weshalb sie jeweils zu dieser Freundin eilte und sich neben sie ins Bett legte. Doch kam es dabei angeblich nie zu homosexuellen Handlungen.

Von zuhause erhielt sie von ihren Eltern beständig Vorwürfe wegen ihrer häufigen abendlichen Ausgänge; dies verärgerte sie so sehr, daß sie den Eltern aus Trotz erzählte, sie wolle eine Dirne werde. Allerdings fühlte sie sich stets sexuell stark erregt und onanierte äußerst oft, angeblich auch im Schlafe. — Ein Jahr vor ihrem Eintritt in unsere Anstalt wurde die Patientin auf Anraten des behandelnden Arztes nach Paris geschickt, um dort einige bekannte Neuropsychiatern zu konsultieren. Doch auch diesen gegenüber hatte sie, wie bei ihrer Mutter, das Gefühl, daß sie unrichtig behandelt und vernachlässigt werde. Zudem fürchtete sie sich sehr vor den erfolglosen Hypnoseversuchen.

Im Pariser Hotel lernte sie einen Kellner, einen hübschen Exoten, kennen, in den sie sich sogleich verliebte, und dem sie so weit entgegenkam, daß sie ihn mehrmals zu sich aufs Zimmer lud. Einmal versuchte dieser, sie zu vergewaltigen, warf sie auf das Bett und entblößte sich. Als sie seine Genitalien sah, erschrak sie jedoch, befürchtete, daß sie schwanger werden könnte und gab ihm eine Ohrfeige. Sie wollte laut schreien, tat es aber nicht, da sie durch die Entdeckung der Umstände nicht in schlechten Ruf kommen wollte. Seit dieser Begebenheit hatte die Patientin einen Ekel vor den Männern — und doch wünschte sie sich immer noch sexuellen Verkehr.

Kurze Zeit nach diesem Vorfall kam auch ihre Mutter nach Paris. Anlässlich einer gemeinsamen Droschkenfahrt in einem Park schrie die Patientin zwanghaft, wie wenn sie Angst hätte: „Ma, Ma!“ und zeigte dabei ein ticartiges Ansiehziehen der Arme. Von diesem Zeitpunkt an hatte sie oft solche „Krisen“, die bis 5 Stunden dauern konnten. Während der drei Wochen vor ihrem Eintritt in unsere Klinik wohnte

sie im Elternhause, wo es in jeder Beziehung schlecht ging: Fortwährende Streitereien, ständige Vorwürfe, sie rege mit ihren Tics den jüngeren Bruder auf. Der Vater wußte sich nicht mehr zu helfen und weinte, die Mutter hatte Ohnmachten. Es schien dringend notwendig, daß die Patientin wieder von zuhause fort komme, weshalb ihr Arzt sie zur Behandlung in unsere Klinik einwies.

Während des eineinvierteljährigen Aufenthaltes der Patientin in der Anstalt zeigten die Bewegungs-Tics eine starke Variabilität, während die Schrei-Tics nach und nach aufhörten. Letztere wurden zu Beginn der Klinikbehandlung folgendermaßen beschrieben: „Die Patientin spricht hastig, unterbricht sich aber mit forciertem, tiefem Einatmen und krampfhaftem Niesen. Diese Atemstörungen sind bisweilen fast alle 5 Minuten von klonischen Krämpfen der flektierten Arme und von Zittern aller vier Extremitäten, wie auch von lauten, tierhaften Schreien begleitet. Ein solcher Anfall beginnt und endet immer im rechten Bein. Er tritt plötzlich auf, und die Patientin unterbricht das begonnene Gespräch, das sie jedoch gleich nach dem Anfall fortsetzt. Dieser läßt sich auch, wenn man sehr intensiv auf die Patientin einredet, unterbrechen. Während des Anfalls schaut sie um sich, als ob sie beobachten wollte, was für einen Eindruck sie macht. Sie scheint ihren Tics gegenüber eine fatalistisch-gleichgültige Einstellung zu haben und nur selten derentwegen bedrückt zu sein.“

Zwei Monate später hatten sich die Anfälle stark verändert: „Der Anfall beginnt mit schnaubenden, an das Geräusch einer Lokomotive erinnernden Tönen; dann beugt sich die Patientin stark vornüber und fängt an, mit den Armen hastige, zappelnde Bewegungen auszuführen, streckt die Zunge heraus und zuckt auch mit den Beinen, wenn auch viel weniger ausgesprochen. Nach etwa 7 bis 15 Sekunden richtet sich die Patientin plötzlich gerade auf, beugt sich dann opistotonusartig rückwärts und beginnt in diesem Moment durchdringend zu schreien, wobei sie sich mit der einen Hand krampfhaft am Kleid über der Brust, mit der andern in der Gegend des Oberschenkels festhält. Sofort nach dem Anfall setzt sie das angefangene Gespräch fort. . . Sie weiß, daß sie sich vor andern Leuten häufig produziert.“

Außerdem litt die Patientin auch an zwangsneurotischen Symptomen: In Paris mußte sie eine regelrechte „Kleiderzeremonie“ ausführen, und auch noch während ihres Klinikaufenthaltes war sie oft von Gedanken geplagt, daß es ihr besser gehe, wenn sie dieses oder jenes bestimmte Hemd anziehe. Bei fremden Leuten konnte sie nicht auf das Klosett gehen, was sie selbst als unsinnig erkannte. Beim Zu-Bettgehen mußte sie sich mehrmals vergewissern, ob die Türe geschlossen sei. Auch die langen und wiederholten Auseinandersetzungen mit sich selbst wegen der Onanie hatten einen zwangsartigen Zug. Andererseits konnten bei der Patientin weder Übergewissenhaftigkeit noch Pedanterie, die zum anankastischen Charakter gehören, festgestellt werden.

Interessant war das wechselnde Verhältnis zwischen Tics und Angst im Verlaufe der Krankheit: Am Anfang mußte die Patientin schreien, sobald sie nur daran dachte oder sich davor fürchtete. Später jedoch war die motorische Unruhe wie abgestoppt, sobald die Patientin ans Schreien dachte; statt dessen überkam sie ein unerklärliches Angstgefühl, das demjenigen ihrer Kindheit glich, wenn sie allein gelassen wurde, oder wenn sie an die Möglichkeit des Sterbens dachte.

Hier müssen wir noch die zahlreichen Phobien der Patientin erwähnen: Agoraphobie, Angst vor dem Alleinsein, Angst vor der Hypnose (d. h. daß in ihr gegen ihren Willen etwas verändert würde), usw. Als sie nach monatelangem Aufenthalt in unserer Anstalt endlich wieder dazu gebracht werden konnte, allein auszugehen, reagierte sie anfänglich mit einer Zunahme der Ängste und mit verschiedenen psychoorganischen Zuständen wie Schwindel, Durchfälle usw.

Die Patientin erwies sich in unserer Klinik als äußerst geltungssüchtig, schnell beleidigt und egozentrisch bis zur Taktlosigkeit anderen Patienten gegenüber, was oft zu Streit führte. Sie war eifersüchtig auf ihre Mitpatienten, den Arzt und die Pflegepersonen und neigte zu kindlichen Trotzstimmungen, sobald man ihr etwas

versagen mußte. Nur mit äußerst viel Geduld und Verständnis gelang es, sie etwas zu disziplinieren, was zugleich eine Besserung der Tics zur Folge hatte.

Die Patientin wurde als sexuell und erotisch sehr ansprechbar befunden und schien über wenig natürliche Hemmungen gegen die Auswirkungen ihrer Triebhaftigkeit und über wenig geistige Kompensationsmöglichkeiten zu verfügen; denn je genauer man die Patientin kennenlernte, um so mehr stellte sich heraus, daß ihre geistigen Interessen unecht, oberflächlich und ohne Bestand waren, daß sie sich aus Modegründen und nicht aus einer wirklichen inneren Teilnahme heraus mit Kunstgeschichte und dergleichen beschäftigte. Kompensationsmöglichkeiten in altruistischer Betätigung hatte sie auch nicht, dazu war sie viel zu egozentrisch eingestellt. Sie gestand auch, daß sie, obwohl sie schon zahlreiche Freunde und Freundinnen gehabt habe, nie jemanden wirklich geliebt und höchstens eine gewisse Anteilnahme, die ihr die Mutter zu verweigern schien, gesucht habe.

Viele ihrer Handlungen und Einstellungen wurden auch von der Patientin als Reaktionen gegen ihre Eltern erkannt. Dabei scheinen die Schwierigkeiten mit der Mutter im Vordergrund zu stehen. Da diese von ihr verlangte, daß sie nur mit besseren Leuten verkehre, ließ sie sich in Paris mit einem Kellner ein; da die Eltern gläubige Juden waren, wurde sie areligiös; da die Mutter die eigene Verwandtschaft für besser als diejenige des Vaters hielt, vertrug die Patientin sich besonders gut mit den Verwandten des Vaters, welche ihr als Kind immer erzählten, wie viel schöner als sie es die Kinder anderer Familien hätten.

Und doch hatte die Mutter durch die übertriebene aber inkonsequente Bevormundung erreicht, daß die Tochter sie nicht lange entbehren konnte. In der Klinik wünschte letztere von ihr häufig besucht zu werden; doch schienen die Besuche der Mutter ihren allgemeinen Zustand zu verschlimmern. Der Vater der Patientin war in seiner erzieherischen Rolle inexistent, da er erotische Ablenkungen außerhalb der Ehe suchte und deshalb nicht den Mut aufbrachte, gegen die Launen seiner Frau aufzutreten, sondern unentschlossen zwischen seiner Frau und seiner Tochter lavierte.

Die lange Trennung von den Eltern während des Anstaltsaufenthaltes, das verständnisvolle Entgegenkommen des Pflegepersonals und des Arztes, sowie eine konsequente Disziplinierung bewirkten bei der Patientin ein vollständiges Verschwinden der Schrei-Tics und eine erhebliche Verminderung der motorischen Tics.

An psychologischen Untersuchungen besitzen wir nur einen Assoziationsversuch, der eine gewisse egozentrische Oberflächlichkeit zeigt. Komplexantworten sind weniger ausgesprochen als bei unserem Fall I (außer einigen Reaktionen, die auf den Masturbationskomplex hinweisen). — Die Schrift der sicher überdurchschnittlich intelligenten Patientin zeigt keineswegs die pedantisch ordentlichen Züge, die uns bei Fall I aufgefallen sind. Sie deutet im Gegenteil in ihrer Unregelmäßigkeit, in den formlosen Endbuchstaben der Worte und anderen Merkmalen auf eine starke Oberflächlichkeit, eine Ungeformtheit des Charakters hin. Leider besitzen wir kein Rorschach-Protokoll dieser Patientin.

Die körperliche und neurologische Untersuchung zeigte wenig Erwähnenswertes. Die Patientin war ein graziles, asthenisches Mädchen, das meistens eine leicht gebeugte Haltung einnahm. Es bestanden eine diffuse Hyperalgesie und ein ausgesprochener Dermographismus, aber keine anderen neurovegetativen oder neurologischen Symptome.

Außer den schon erwähnten hatte die Patientin keine schwereren Krankheiten durchgemacht. Die Menarche erfolgte mit 12½ Jahren. Menses regelmäßig. Vor und während der Menses war die Patientin nervös-gepannt, womit eine Vermehrung der Tics einherging. Oft klagte sie über Kopfschmerzen.

Nach der Entlassung aus der Anstalt blieb der Zustand der Patientin lange Zeit stationär und die Tics blieben fast völlig auf das Gesicht beschränkt. Auch mit der, 5 Jahre nach der Entlassung erfolgten, bisher kinderlosen Heirat trat keine wesentliche Veränderung in den Tics ein. Erst als sie unter der deutschen Besetzung Frank-

reichs sich während drei Jahren mit gefälschtem Paß in Südfrankreich verstecken mußte, verallgemeinerten sich die Tics wiederum, um sich nach dem Krieg erneut auf das Gesicht zu beschränken. Die Schrei-Tics sind nie mehr aufgetreten. Echolalie und Echopraxie scheinen nie beobachtet worden zu sein.

Wenn wir die Anamnesen unserer ersten zwei Fälle vergleichen, so finden wir neben wenigen Verschiedenheiten zahlreiche Ähnlichkeiten: Beide Patientinnen haben eine ängstlich-nervöse (diesbezüglich auch hereditär belastete) Mutter, die als Erzieherin hauptsächlich deshalb untauglich war, da sie ihren Kindern von jeher ambivalent gegenüberstand und in ihnen durch eigene Unsicherheit und Mangel an Liebesfähigkeit eine starke, mit aggressiven Gefühlen vermischte, unfreie Abhängigkeit erzeugte. Die aggressiven Gefühle der Patientinnen gegen ihre Mutter, der gegenüber sie zunächst gehorsam und offen gewesen waren, traten auf mit dem „Erwachen“ ihres „Ichs“, und insbesondere mit der Erweiterung ihrer mitmenschlichen Beziehungen (Schule, usw.) und der dadurch ermöglichten Vergleiche. Sie äußerten sich einerseits in Tätlichkeiten gegen die Mutter, andererseits auch in Aggressionen gegen Dinge (Zerstörungswut), die wahrscheinlich als Muttersubstitute anzusehen sind. Der Vater, der für beide Patientinnen kaum existierte, konnte ihnen ebenfalls kein Gefühl des Geborgenseins und Geliebtheits einflößen. Die „Ichentwicklung“ jedoch beruht gerade auf dem Erlernen — durch das Beispiel und durch das Verhalten der Eltern — einer tiefen und liebenden Beziehung zu den Mitmenschen, die eine Respektierung der Freiheit der anderen Individualitäten voraussetzt. Da nun unsere Patientinnen innerhalb der eigenen Familie eine solche Beziehung nicht empfinden konnten, blieb ihre Reifung notgedrungenerweise zurück, was bei Fall II deutlicher als bei Fall I zum Ausdruck kommt. Mit dem Zurückbleiben, beziehungsweise der Unterdrückung dieser „reifen“ Liebesfähigkeit verstärkte sich die Neigung zur Identifikation (einer primitiveren mitmenschlichen Beziehungsform), die sich in beiden Patientinnen hauptsächlich der Mutter gegenüber (dann aber auch gegenüber Freundinnen usw.) zeigte, und die sich u. a. auch in gewissen Symptomen, wie bei Fall I in der Echolalie und Echopraxie, äußerte. (Gewissermaßen könnte man die Identifikationsneigung als ein verlängertes Stadium der zuerst normalen Mutter-Kind-Einheit auffassen.)

Die Identifikation aber als hauptsächlichste menschliche Beziehungsform vermag nur eine relative Sicherheit und Befriedigung zu gewähren, da sie zwangsweise eine starke Abhängigkeit bedingt, gegen welche sich oft aggressive, aber impotente Gefühle auflehnen; und zwar darum impotent, weil die Identifikation nicht aufgegeben werden kann. — Bei beiden Patientinnen wurde die Unsicherheit nicht nur durch die Familiensituation, sondern auch durch ein zweisprachiges Milieu während der Kindheit gefördert.

Wir haben schon angedeutet, daß reife Liebe eine Wertung des Mitmenschen als Individualität bedeutet, von welcher man weder Untertänigkeit und Nachahmung noch tyrannische Führung fordert. Unsere Patientinnen hingegen schweben in ihren Beziehungen zu nahestehenden Menschen zwischen Aggression und Unterwürfigkeit. Die ausgesprochene Ambivalenz zwischen Aggression und Unterwürfigkeit zeigt sich nicht nur in ihrer Haltung gegenüber Mitmenschen, sondern auch gegenüber jeglichen Problemen geistiger, seelischer oder sexueller Natur, zeigt sich insbesondere im Verhältnis zum behandelnden Arzt, und schließlich sogar auch in der Form der Tics, die ebenfalls bei den beiden Patientinnen zum Teil sehr ähnlich sind. Daneben sind die Tics deutlich auf Erregung der Aufmerksamkeit eingestellt, doch viel mehr bei Fall II, bei welchem überhaupt die „Selbstliebe“ viel ausgesprochener scheint: mehr als aus ihrem häufigen Onanieren geht dies aus ihren Tagträumen, aus ihrem selbstgefälligen Benehmen den Mitmenschen gegenüber, und aus ihrem oberflächlichen Geltungsbedürfnis hervor. Bei ihr besteht also, viel mehr als bei Fall I, neben der Identifikationstendenz auch ein ausgesprochener Narzismus. Damit kommen wir auf die Unterschiede zwischen den beiden Patientinnen zu sprechen: Zum Teil dürften diese durch das finanziell und rassisch verschiedene Milieu bedingt sein, insofern als bei Fall II die Neigung zur Überwertung der abstrakten Intellektualität (im Vergleich zum Gefühlsleben) durch die jüdische Herkunft, das rücksichtslose Benehmen gegenüber weniger bemittelten Mitpatientinnen oder gegenüber Angestellten durch die günstigen finanziellen Verhältnisse der Familie gefördert wurden. Außerdem fällt uns aber ganz allgemein auf, daß bei diesem Fall II die Neigung zum Verdrängen (bei genauerem Betrachten auch der Grad der Fähigkeit abzuspalten, sowie der regressiven Tendenzen<sup>1</sup> geringer ist als bei Fall I, was sich u. a. aus dem Verhalten der Patientinnen gegenüber sexuellen Problemen, aus ihren Antworten beim Assoziationsversuch, aus ihrem

---

<sup>1</sup> Wir sind geneigt, Verdrängungs-, Regressions- und Abspaltungs-Fähigkeiten als verschiedenartige Manifestationen ein und desselben Prozesses, bei dem, wie wir unten sehen werden, das Regredieren wahrscheinlich der gemeinsame Faktor ist, zu betrachten. Außerdem glauben wir, daß man diesen „Regressions-Verdrängungs-Abspaltungs-Prozeß“ eher als ein „negatives Phänomen“ auffassen sollte. Er umschließt alle kleinen und großen Versager einer progressiven Tendenz, die wir als Lebensfunktion, oder besser als Lebensmission bezeichnen können, gleichgültig, ob diese Versager durch einen konstitutionellen Defekt, durch die Erziehung, durch eine Krankheit, oder vielleicht durch eine Selbstbestimmung des Ich's bedingt sind. Das Wesen dieser Lebensmission oder progressiven Fähigkeit zu erfassen, scheint mir deshalb so äußerst schwierig, weil es viel individueller, viel feiner und durch unsere naturwissenschaftliche Denkweise und -sprache viel schwieriger zu schildern ist als das, was wir durch die Analyse der sogenannten „negativen“ Phänomene erfahren, die hauptsächlich einem regressiven oder früheren, weniger individuellen oder gattungsartigen Dasein entsprechen. Auf die therapeutische Wichtigkeit der Analyse der individuellen Lebensmission des Patienten haben Jung (49, 49a), Binswanger (7) u. a. ausführlich und eindrucklich hingewiesen.

Schriftbild und hauptsächlich aus ihrem Verhalten in der psychotherapeutischen Situation ergibt.

Bezüglich der Fähigkeit zu verdrängen (sowie abzuspalten und zu regredieren) müssen wir jedoch unterscheiden zwischen der Fähigkeit als solche und ihrer Intensität. Denn darüber, daß die allen Menschen gegebene Fähigkeit selbst eine erbliche Grundlage haben muß, besteht wohl kein Zweifel, wohl aber darüber, ob auch der Grad dieser Fähigkeit konstitutionell festgelegt ist. Indem wir nun den Menschen als eine körperlich-psychische Einheit betrachten — als eine Einheit, die konstitutionell mit den Vorfahren, ontogenetisch mit der persönlichen Vergangenheit oder Lebensgeschichte und psychobiologisch mit ihrem gegenwärtigen Milieu zusammenhängt, und die all diesen verschiedenen Einflüssen ausgesetzt ist — verstehen wir, wie durch ein Disharmonisieren dieser Einflüsse Konflikte entstehen können. Allerdings ist es uns heute im Einzelfall noch fast unmöglich, die verschiedenen Einflüsse scharf auseinander zu halten. Wir glauben jedoch, daß bei unserem Fall II die starke „Selbstliebe“ und die geringe Fähigkeit einer reifen Liebe zum Mitmenschen teils einer konstitutionellen Anlage (ist doch auch die erbliche Belastung dieser Patientin eine schwerere), teils einer durch die Familiensituation bedingten Entwicklungshemmung entspringt; während bei Fall I die Fähigkeit zur mitmenschlichen Liebe wohl vorhanden und nicht unentwickelt geblieben ist, aber völlig verdrängt werden mußte. Dies steht in Zusammenhang mit ihren intensiveren Konflikten und den zahlreicheren regressiven Symptomen. Die Art der Konflikte ist die gleiche bei beiden Patientinnen, doch führte bei Fall II schon ein geringgradiger und unvollständiger Versuch, sie zu verdrängen, zur Auslösung von Tics. Dies mag auch erklären, weshalb eine relativ oberflächliche, mit erzieherischer Tätigkeit verbundene Psychotherapie eine weitgehende, dauernde symptomatische Besserung zu erzielen vermochte, sobald die Patientin für längere Zeit von zuhause ferngehalten werden konnte. Bei Fall I scheint die Familiensituation viel schwerwiegender gewesen zu sein. Die Patientin wurde von zwei Frauen (Mutter und Großmutter) „erzogen“, die beide ohne Vater aufgewachsen waren, sich miteinander identifizierten und der Patientin gegenüber eine sehr ambivalente Haltung einnahmen, um so mehr da letztere als uneheliches Kind das Leben der Mutter recht mühsam gestaltet hatte. Ein Vater, oder wenigstens ein guter Vater-Ersatz war nicht vorhanden, sodaß die Patientin während der ersten Jahre die einzige Liebe und die einzige Erziehung (durch Beispiel und Befehl) von den zwei neurotischen Frauen erhielt, was nach *Ruesch* (75) zu einer übertriebenen Abhängigkeit und einer mit aggressiven und homosexuellen Komponenten verbundenen unvollständigen Identifikation mit der Mutter (bzw. Großmutter) führen mußte. Die Selbst-

erhaltungstendenz (wahrscheinlich identisch mit was wir oben als „Lebensfunktion“, „Lebensmission“ oder „progressive Tendenz“ bezeichneten), die möglichst realitätsnahe Beziehungen zwischen Ich und Umwelt aufrechterhalten will, macht es der Patientin unter den gegebenen Umständen unmöglich, die äußerst starke Identifikationstendenz und Abhängigkeit (die ihr als solche nur wenig bewußt sind) auch nur im geringsten zu lockern, denn dies würde eine derartige Unsicherheit und Unselbständigkeit freilegen, daß die wenigen scheinbar normalen Umweltbeziehungen gefährdet, und durch den Kontaktverlust zwischen dem Ich und der Umwelt eine „psychotische“ Vor-Ich-Regression (siehe unten) erfolgen würde<sup>1</sup>. Mit *Boß* (115) können wir sagen, daß die Zwänge und Tics das Letztmögliche, fast nur noch Karikaturartige einer Existenz (im Vergleich zur freien Existenz), die letzte Stufe, den letzten Versuch vor dem Zerfall darstellen. Damit kommen wir zu einem weiteren, von uns beobachteten Fall, bei dem sich dieser Zerfall vollzogen hat:

Bei diesem **Fall III** handelt es sich um einen 26jährigen Mann, dessen erbliche Belastung schwerwiegend ist: obwohl keine eindeutigen Geisteskrankheiten in seiner nahen Verwandtschaft vorkommen, finden wir unter den Charakterzügen der Verwandten mütterlicher- und väterlicherseits einerseits die Tendenz, alles schwer zu nehmen, andererseits eine zurückhaltende schizoide Gefühlskälte, vereint mit einer übertriebenen Gewissenhaftigkeit. Eine Schwester des Vaters hat sich suizidiert.

Der Vater war zudem ein pedantischer Einzelgänger, der immer nur die materielle Seite des Lebens sah und nie auf die seelischen Bedürfnisse und Wünsche der Kinder achtete, was sich dann später besonders bei der Berufswahl unseres Patienten zeigte. Selbst seiner Frau gegenüber war der Vater gefühlskalt; so konnte sich der Patient nicht einer einzigen liebenden, gefühlsbetonten Geste seiner Mutter gegenüber entsinnen. Letztere war jedoch ebenfalls gefühlsverhüllen, küßte oder umarmte z. B. den Patienten nie und war zudem eine sehr nervös-erregbare Frau. Der Patient konnte sich deshalb weder der Mutter noch dem Vater und auch nicht seinem älteren Bruder gegenüber frei aussprechen. Er blieb ein übertrieben stilles, ängstliches, gehorsames und gewissenhaftes, zu Hause allzu sorgsam behütetes Kind, das dann in der Schule fast keinen Kontakt mit Kameraden finden konnte.

Charakteristisch scheinen uns seine ersten zwei Erinnerungsbilder: Im ersten sieht er sich im hohen Kinderstuhl abseits des Eßtisches sitzen, an welchem seine Eltern und sein Bruder speisen. Im zweiten fühlt er sich von seiner Mutter getragen und sieht vom Fenster aus seinen Bruder auf der Straße, wobei er dessen Namen als erstes ihm geläufiges Wort auszusprechen versucht. In seiner frühen Kindheit will sich der Patient in gleichem Maße zum Vater wie zur Mutter hingezogen gefühlt haben; jetzt jedoch stärker zum Vater, da sich die Mutter wegen jeder Kleinigkeit aufrege. Trotz dem ziemlich gemüts- und liebesarmen Familienmilieu hing der Patient immer außerordentlich stark an seiner Familie, denn sonst hatte er eigentlich niemanden und fühlte sich überall fremd und dementsprechend unbehaglich, während er sich im elterlichen Heim geborgen fühlt. Trotzdem konnte er sich zu Hause scheinbar trivialer Gründe wegen so über die Eltern und Geschwister aufregen, daß er die nächsten Gegenstände in eine Ecke schmetterte.

<sup>1</sup> Ein Fall von verallgemeinertem Tic, bei dem nach langer Psychotherapie und Behebung der Tics eine Schizophrenie ausbrach, wird von *Schönenberger* erwähnt (83a). Diese Autorin erwähnt auch Fälle, bei denen mit dem Verschwinden der Tics eine schwere psychopathische Charakterveränderung auftrat.

Seine Kenntnisse in sexualibus, die er sich brockenweise aus Büchern verschafft hat, sind ungenügend. Mit 15 Jahren begann er zu onanieren, was seither seine einzige sexuelle Betätigung geblieben ist. Er denkt dabei an ein nacktes Mädchen, ohne sich jedoch eigentlichen Geschlechtsverkehr vorzustellen. Selbst in seinen gewagtesten Tagträumen malt er sich höchstens aus, wie er mit einem seiner „stillen Schwärme“ Arm in Arm spaziere, wozu es in Wirklichkeit noch nie gekommen ist.

Der Patient war ein ängstlicher, vor allen Examina schrecklich sich fürchtender Schüler mit starken Minderwertigkeitsgefühlen, die mit Selbstüberwertung abwechselten. Seine kulturellen Interessen blieben recht oberflächlich; hingegen zeigte er schon früh eine Vorliebe für Technik. Nur unter dem Drucke des unverständigen Vaters gab er seinen Wunsch, sich in einem technischen Berufe auszubilden, zugunsten einer kaufmännischen Lehre auf. Daraufhin begannen im Jahre 1939 die ausgeprägteren neurotischen Symptome, die zuerst in einer verstärkten Ängstlichkeit und Gespanntheit bestanden und bald (1940/41) von Darmstörungen (Diarrhoe, Flatulenz usw.) gefolgt waren. Mit letzteren entwickelten sich mehr und mehr zwangsartige Gedanken, daß er rieche, und bald folgten auch noch andere Zwänge: zwanghaftes Unterstreichen beim Lesen und mehrfaches Durchlesen von allem Geschriebenen; häufige Kontrolle, ob das Licht auch sicher gelöscht sei und dergleichen. . . Diese neurotischen Symptome vermischten sich dann mit Selbstmordgedanken bei einem asthenisch-depressiven Zustandsbild, und der Patient fühlte keinerlei Ambition mehr, seine Zukunft zu gestalten. Damals (1943/44) war er schon längere Zeit in poliklinischer psychiatrischer Behandlung und zeigte noch ganz das Verhalten des Zwangsneurotikers: „anscheinend einsichtig und hilfesuchend, aber kaum beeinflusst von den längsten Gesprächen mit ihm.“ Erst später verwandelten sich die Zwangsgedanken über seinen schlechten Geruch in Wahnideen, wozu sich dann im Jahre 1946 noch andere Wahnideen wie auch akustische, u. a. Halluzinationen, gesellten. Die Leute schauen ihm nach, weil er schlecht rieche, machen Bemerkungen über ihn. Alles komme davon, daß er geschlechtskrank sei (und dabei hat er noch nie ein Mädchen auch nur berührt). Wegen der Geschlechtskrankheit habe er nur Gift im Kopf; man versuche ihn zu vergiften und er werde dauernd hypnotisiert. Er fürchtete, man werde ihn kastrieren und sein Vater sei nicht sein richtiger Vater. In dieser Zeit wurde auch ein zwangsmäßiges Lachen bemerkt, wie auch pseudoepileptische Anfälle neben anderen Anfällen, in welchen er plötzlich aggressiv wurde und Gegenstände herumschleuderte. Er glaubte, er könne nicht mehr spontan denken, sondern alle seine Gedanken würden durch Hypnose gelenkt. Dementsprechend war er ängstlich, unberechenbar, mißtrauisch und nur noch eines Pseudokontaktes fähig. Ab und zu zeigte er typisch schizophrene Assoziationen und Wortneubildungen.

Wegen dieser psychotischen Symptome war der Patient mehrere Male in Nervenkliniken und hatte im Juli 1947 schon zwei Insulinkuren durchgemacht, als er plötzlich begann, laute Schreie auszustoßen, die angeblich ganz gegen seinen Willen aus seinem Munde kamen, und die von ticartigen Angriffs- oder Abwehrbewegungen und einer höchst aggressiven, erschreckenden Mimik, die der Furchtbarkeit des Schreies entsprachen, begleitet waren. Gleich nach diesen Schreien konnte er das unterbrochene Gespräch in ruhiger, freundlicher und geordneter Sprache fortsetzen. Diese „Anfälle“ traten gehäuft auf, wenn er aufgeregt war, und verschwanden während einer dritten, sehr langen Insulinkur. Doch, auch nachdem diese Anfälle im Wachzustande schon verschwunden waren, hatte der Patient noch ähnliche Zustände beim Erwachen aus der tiefen Insulinbenommenheit: Er war dabei depressiv, fühlte sich gezwungen, zu schreien und auszuschlagen und sagte, daß er die Pflegepersonen und sich selbst erschießen würde, wenn er in diesen Momenten einen Revolver hätte. Erst, wenn er etwas Brot in den Mund bekomme, ja, noch bevor er dieses geschluckt habe, empfinde er eine allgemeine Beruhigung. Auch habe er das Gefühl, die Pfleger gönnten ihm das Brot nicht. Zur Zeit weist der Patient im normalen Gespräch, wenn erregt, ein leichtes Stottern auf, daneben auch eine deutliche Palilalie, deren er sich nicht

bewußt zu sein scheint. Ab und zu erschrickt man über sein plötzliches, unwillkürliches Lachen, das er das eine Mal nicht erklären kann, sodaß er sich dessen schämt, ein andermal auf Beeinflussungen zurückführt. Sonst ist sein Gesichtsausdruck starr, fast maskenhaft. In geordneter, monotoner Sprache erzählt er die unglaublichesten Wahnideen: Die Grippeepidemie in den Jahren 1918/19 sei in Wirklichkeit eine Geschlechtskrankheiten-Epidemie gewesen, infolge derer alle Menschen unfähig geworden seien, auf natürliche Art Kinder zu zeugen, weshalb man begonnen habe, die Kinder künstlich zu zeugen. So habe auch sein älterer Halbbruder vom Vater Samen entnommen und diesen auf ein ihm bekanntes Fräulein übertragen, wodurch die Entstehung des Patienten möglich geworden sei. Nach seiner Geburt sei er dann den jetzigen Eltern zugeteilt worden. Jedoch sei es bei dieser künstlichen Befruchtung auf den Tausendstel Millimeter angekommen, und bei ihm sei etwas fehl gegangen, wodurch er zu einem Zwitter geworden sei, das heißt, zu einem Menschen, der neben dem normalen noch ein zweites Gehirn habe, welches für Geschlechtskrankheiten besonders empfänglich sei. Gewisse Menschen sollen ihm jetzt täglich durch den Kopf schießen, um das Zwittergehirn zu zerstören usw. usw. . .

Von den Resultaten der psychologischen Prüfungen erwähnen wir die durchschnittliche Intelligenz, die zahlreichen Komplexantworten beim Jung'schen Assoziationsversuch (hauptsächlich bezüglich Sexualität, Liebe, Minderwertigkeitsgefühlen, neben einigen undurchsichtigen Assoziationen), das Schriftbild, welches zwar etwas pedantisch-regelmäßig ist (aber trotzdem zahlreiche Korrekturen aufweist), und vor allem den Rorschach-Versuch: Wenn wir diesen mit demjenigen unseres Falles I vergleichen, so fallen uns gewisse Ähnlichkeiten und Unterschiede auf: Der Mangel an Bewegungs-, an Ganz- und an Menschenantworten deutet bei beiden Fällen auf die undifferenzierte Affektivität, den Mangel an tieferen kulturellen Interessen und die Unfähigkeit, ein Ganzes als solches zu erfassen, hin, während die zahlreichen Farbantworten des letzten Falles, wie auch seine bizarren Originalantworten einerseits auf die Insuffizienz der Verdrängungsmechanismen gegenüber der impulsiven Affektivität, andererseits auf einen psychotischen Realitätsverlust hinweisen.

Wir wollen noch einige weitere Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen diesem und unseren ersten beiden Fällen hervorheben. Auch dieser Patient war ein ängstliches, scheues, von den Eltern etwas zu sehr behütetes Kind und hing auch später noch stark an seinem Heim, obwohl er hier weder ein herzlich-intimes Familienleben, noch irgendwelche Aussprachemöglichkeit fand, und obwohl er schon recht früh, besonders zuhause, eine Neigung zu Aggressivität zeigte. Auch er war (schon vor dem Manifestwerden der Psychose), ein freundlicher, aber kontaktarmer Mensch, der wenig Interesse zeigte, seine Zukunft zu gestalten. Aus seiner Kontaktunfähigkeit läßt sich auch seine Angst vor der Hypnose (wie bei Fall I und II) ableiten (in der Psychose glaubt er, er werde hypnotisiert). Wie vorwiegend unser Fall II, so war auch er übermäßig von Gedanken geschlechtlichen Inhalts (vgl. später, in der Psychose, das „geschlechtskranke Zwitterhirn“) erfüllt und machte er sich Vorwürfe wegen der Onanie (in der Psychose: Kastrationsangst). Wie Fall I glaubte er, daß alles Sexuelle unrein sei, und wie diese Patientin, welche zum Schlafen Hosen anziehen mußte, schämte er sich allzusehr vor der eigenen Nacktheit (in der Psychose: Aus Angst, er würde nackt einen stärkeren Geruch verbreiten).

Dieser Fall scheint sich anamnestisch von den ersten beiden haupt-

sächlich darin zu unterscheiden, daß er aus einer seit Generationen recht gefühlskalten Familie stammt, und daß er außerdem als zweiter Sohn in bezug auf Gefühlswärme erst recht zu kurz kam. (Vgl.: Erste Erinnerungen und Wahnideen bezüglich „Halbbruder“). Aus der Familiensituation erklären sich auch die komplizierten Wahnideen, daß er nicht der Sohn der Mutter und vielleicht auch nicht des Vaters sei (worin wir eine Parallele zu den Tagträumen unseres Falles I sehen). Die Art der erblichen Belastung dieses ängstlichen Asthenikers, bei dem die anankastischen Charakterzüge ausgesprochener sind, als bei unseren zwei Patientinnen, scheint uns neben der Familiensituation in der Kindheit wesentlich dafür verantwortlich, daß der Patient mittels der Zwangsneurose kein Gleichgewicht finden konnte und vom Zwangshaften ins Wahnhafte, vom Neurotischen ins Psychotische geraten mußte. Wir werden unten dieses Problem nochmals berühren.

Es würde uns zu weit führen, wenn wir näher auf die übrigen in der Literatur ausführlich beschriebenen Schreiticfälle, insbesondere auf die von *Krisch* (56) und *Kulovesi* (57, 58) eingehen wollten. Der von *Krisch* beschriebene Fall bietet insofern ein besonderes Interesse, als es sich dabei um eine recht primitive Persönlichkeit handelt, bei welcher die Konflikte weniger überbaut und verdrängt sind als bei unseren ersten zwei Fällen; ja, die Triebhandlungen (Ticbewegungen, Schreie, Koprolalie, Zerstörungsimpulse) waren dem Patienten zuerst in ihrem Sinn fast ganz bewußt; erst im Laufe der Jahre arteten sie in typische Zwangshandlungen aus. Weiterhin zeigt dieser Fall recht deutlich die im Laufe der Zeit sich bildende mehrfache Bestimmung der Symptome, welche schließlich folgenden Bedürfnissen oder Zwecken (die wir größtenteils auch in unseren Fällen erkennen können) gerecht werden: a) Narzißmus, b) Befreiung vom Kampf ums Dasein, c) Protest gegen den ungeliebten Beruf, d) Werben um Liebe, e) Rache an der Mutter, f) Selbstbestrafungstendenz.

Wie in diesem, finden wir auch in *Kulovesis* Fall (obschon es sich nicht um einen typischen Fall von „Mal. Gilles de la Tourette“ handelt) Familiensituationen und Probleme, die denjenigen unserer ersten zwei Fälle in vielen Hinsichten überraschend ähnlich sind, was uns darin bestärkt, dem Milieu in der Genese des sogenannten funktionellen Tics eine ausschlaggebende Rolle zuzuerkennen.

### III. Ätiologie

In einer vollständigen Diskussion der bisher für die Ätiologie der Tics (der einfachen, der allgemeinen, sowie der konvulsiven Tics) angeführten Erklärungen müßten wir auf die syphilidogene Theorie von *Toporkov* (90), die choreogene von *Strauß* (88), *Runge* (78), *Creak* (22) u. a., die enzephalitogene von *Bing* (6), *Pascheff* (68), *Bostroem* (11a), *Mikulski* (65), *Economo*

(28), auf die Herdinfektions-Theorie von *Selling* (84) und *Runge* (78), dann auf Theorien, welche die hereditär-konstitutionellen Faktoren unterstreichen (*Oppenheim* 67, *Peritz* 69, *Wilder* 96) hinweisen. Arbeiten, wie die von *Gordon* (37) und *Rose* (76) deuten auf den traumatischen Ursprung gewisser Tics hin. Auch physiologische Faktoren wie Hypoglykämie (siehe unser Fall III), endokrine Störungen (*De Nigris* 25), Refraktionsfehler (*Brescia* 12) und Unterernährung (*Bing* 6) können am Manifestwerden von Tics beteiligt sein. Ebenso ist das Verhältnis zwischen Tic und Migräne (*Heverock* 44, siehe auch unser Fall I), und zwischen Tics und Myalgien (*Peritz* 69) verschiedentlich diskutiert worden. Schließlich betonen zahlreiche Autoren die psychische Genese der meisten Tics, sei es, daß sie diese in etwas allzu vereinfachter Weise durchwegs als Onanie-Äquivalente ansehen, wie *Reich* (72), *Ferenczy* (29), *Deutsch* (25a) und *Klein* (55), sei es, daß sie weniger scharf umschriebene sexuelle Konflikte verantwortlich machen, wie *Sadger* (79) und *Kulovesi* (58) u. a., oder daß sie die Konstellation des Familienmilieus in der Kindheit und deren nicht nur sexuelle Rückwirkungen auf den Patienten betonen (*Rouart* 77, *Pope* 71, *Clark* 20). Allerdings deuten viele dieser, wie auch andere Autoren (*Kehrer* 52, *Schilder* 81, *Bumke* 15, *Colucci* 21, *Homburger* 45, *Stiefler* 86, *Wang* 93, *Wilson* 99) darauf hin, daß der ursächliche Faktor von Fall zu Fall verschieden sein kann, daß aber auch sehr oft am gleichen Fall mehrere, sehr unterschiedliche Faktoren ursächlich beteiligt sein können. Die Übung, die Gewohnheit, die Nachahmung, spielen sicherlich höchstens eine sekundäre Rolle, können jedoch als Ursache der psychogenen Fixierung eines organischen Tics (Chorea) verantwortlich gemacht werden (42); deshalb kann auch die Abgewöhnungs- oder Übungstherapie in der Behandlung der einfacheren Tics (*Meige* und *Feindel* 63, u. a.) erfolgreich sein. Eine eingehende Diskussion dieser verschiedenen Theorien würde uns jedoch weit über den Rahmen unseres eigentlichen Themas hinausführen, weshalb wir uns begnügen, zu betonen, daß die Berechtigung dieser Theorien in Einzelfällen kaum widerlegt werden kann, und daß zweifelsohne die verschiedensten Umstände einen Tic zu beeinflussen vermögen (Enttäuschung, Klimawechsel, Milieuwechsel, Krankheit usw.). Für unsere Fälle möchten wir jedoch das Problem der Ätiologie von einem etwas anderen Gesichtspunkt zu erfassen versuchen. Wir wollen uns fragen, ob der phänomenologischen Einheit (Tic) ein einheitliches Grundprinzip entspricht. Dies muß uns aber in das heute sehr beliebte (und berühmte) Gebiet der Psychosomatik führen, und erst später werden wir den Weg von den allgemeinen Betrachtungen zu unseren Fällen zurückfinden. Immerhin hoffen wir damit, das Ätiologieproblem in seinem weiteren Umfange zu erfassen und eine Grundlage für unsere späteren Ausführungen über die Regression zu schaffen.

#### IV. Zum psychophysischen Monismus

Man möchte das Jahr 1935, in welchem die erste Ausgabe von *Dunbar's* (27a) Buch „*Emotions and Bodily Changes*“ erschien, als Begründungsjahr der „modernen“ psychosomatischen Betrachtungsweise bezeichnen. Gerade in den Vereinigten Staaten, wo die medizinische Spezialisierung bis auf die Spitze getrieben worden ist, entstand — als Reaktion — erneut das Bedürfnis, den Menschen vorwiegend als eine Einheit zu betrachten und zu behandeln. Zwar finden wir in der Medizin schon seit dem Altertum manche „psychosomatische“ Betrachtungsweisen (auch solche, die einer monistischen Philosophie entsprangen), doch zeichnet sich die heute so sehr ins Zentrum des intern-medizinischen sowie des psychiatrischen Interesses rückende „moderne“ psychosomatische Medizin dadurch aus, daß sie, aufbauend auf den verfeinerten Spezialkenntnissen (hauptsächlich biochemischer und physiologischer Natur) ein tieferes Verständnis für gewisse, bisher ziemlich unklare Krankheitsbilder, wie z. B. die Hyperthyreose, das *Ulcus pepticum*, die *Colitis ulcerosa* u. a. ermöglicht und uns aus den so gesammelten Kenntnissen gewisse Schlüsse in bezug auf das Wesen der Krankheit, wie auch des Menschen, zu ziehen erlaubt.

Allerdings scheinen sich die verschiedenen Autoren, die sich während der letzten 2 Jahrzehnte mit psychophysischen Problemen befaßt haben, oft nicht darin einig zu sein, was sie mit dem Ausdruck „psychosomatisch“ verstehen. (Vgl. die Arbeiten von *Dunbar*, *Baruk*, *Alexander*, *Ives*, *Hendricks* u. a.) In der Tat sind schon fast alle möglichen philosophischen Gesichtspunkte, vom strikten materialistischen bis zum spiritualistischen, vom monistischen bis zum dualistischen, mit dem psychosomatischen Begriff in Zusammenhang gebracht worden. Die Mehrzahl der Autoren läßt hingegen jegliche philosophische Diskussion beiseite und behandelt ihre psychophysischen Themata rein naturwissenschaftlich, wobei sie die monistische Anschauung vom Menschen als eine brauchbare Hypothese betrachtet. Da sich nun diese Hypothese als nützlich erwiesen hat, möchten wir sie hier etwas gründlicher besprechen.

Ohne auf eine Erkenntnistheorie näher eingehen zu können, möchten wir hervorheben, daß das Denken wohl die einzige unserer psychischen Funktionen ist, welche sich selbst zum Objekt machen kann. (Wir können über das Denken denken, nicht aber über das Fühlen fühlen, über das Wollen wollen usw.) Somit können — für unser Bewußtsein — höchstens im Denken Subjekt und Objekt zusammenfallen, kann nur in ihm der Zwiespalt zwischen Subjekt und Objekt aufgehoben werden. Alle anderen Eindrücke, Erfahrungen usw. werden uns mittelbar zuteil: das Wahrgenommene ist für unser Bewußtsein vom Wahrnehmenden verschieden. So ist es uns denn

auch unmöglich, vorzustellen, wie das auf die Retina projizierte Bild sich in die subjektive Wahrnehmung einer Farbe, wie die Erregung eines Nerven sich zur subjektiven Schmerzempfindung wandelt. Im täglichen Leben erachten wir allerdings diese Beziehungen als selbstverständlich, ohne uns über deren Natur klar zu sein und lassen uns allzuleicht dazu verleiten, Kausalitätsschlüsse zu ziehen zwischen äußerem und innerem, zwischen subjektivem und objektivem, zwischen physischem und psychischem Geschehen. So neigen wir z. B., wenn wir einen reizbaren, gespannten, an einem Ulcus pepticum leidenden Menschen sehen, zu dem Schluß, daß dieser sein Magengeschwür wegen seines abnormen seelischen Zustandes habe oder daß er nervös und gereizt sei, weil er von einem dauernd schmerzhaften Ulcus geplagt ist. Für den psychophysische Korrelationen erforschenden Arzt, dessen erste Aufgabe die Feststellung von Korrelationen zwischen psychischen und physischen Phänomenen ist, sind solche Kausalitätsfragen insofern unwichtig, als er weder einen psychogenetischen noch einen physiogenetischen Standpunkt vertreten und alle Phänomene als aus einer fundamentalen Einheit entspringend denken sollte.

Versuchen wir diese etwas komplizierten Verhältnisse anhand eines Beispiels, eines Gleichnisses, zu klären: Stellen wir uns zwei gänzlich verschieden gewölbte, gefärbte und geneigte Spiegel vor, in welchen sich ein gewisser Gegenstand spiegelt, und daß die Verhältnisse so liegen, daß wir als Beobachter einzig nur die beiden Bildnisse — nicht aber den Gegenstand selbst oder die Rahmen der zwei sehr großen Spiegel — sehen können. In diesem Falle werden wir — auch wenn der Gegenstand in einem oder in beiden Spiegeln nur unvollständig und ganz verändert wiedergegeben ist, dennoch gewisse Übereinstimmungen zwischen den beiden Bildnissen — die wir als unabhängige Realitäten zu betrachten geneigt sein würden — feststellen können. Aus diesen Übereinstimmungen werden wir dann ursächliche Zusammenhänge zwischen den beiden Bildnissen zu folgern geneigt sein, wobei wir, je nach unseren individuellen Sympathien, Charakterzügen usw. das eine oder das andere Spiegelbild als das primäre bezeichnen möchten. Wir werden auf unseren Folgerungen (seien diese nun monistischer oder dualistischer Natur — je nachdem wir nur eines oder beide der Spiegelbilder als reell betrachten) beharren, bis uns eine eingehendere Analyse zeigt, daß weder das eine noch das andere Bild eine unmittelbare Wirklichkeit darstellt, sondern, daß ein nur mittelbar gegebenes Wesen beiden Bildern zugrunde liegt. Ähnlich sind die physischen oder physiologischen Veränderungen im Organismus, und die begleitenden psychischen Störungen, nicht unmittelbar kausal voneinander abhängig, sondern müssen von uns als zwei völlig verschieden wahrgenommene Manifestationen ein und derselben Veränderung im „einheitlichen“ Menschen aufgefaßt werden. Fügen

wir noch bei, daß von den zwei möglichen dualistischen Theorien zur Erklärung psychophysischer Korrelationen die erste einen inneren Widerspruch enthält, während die zweite nur eine verkappte monistische Theorie ist. Die erste fordert die Beeinflußbarkeit des Soma durch die Psyche (oder vice-versa), was ja nicht denkbar ist, wenn das Soma von der Psyche als gänzlich substanzverschieden gefordert wird. Die zweite Theorie ist die des psychophysischen Parallelismus. Hier müssen wir berücksichtigen, daß ein solcher geordneter Parallelismus nur durch ein übergeordnetes Gesetz bedingt gedacht werden kann. Doch auch dieses Gesetz könnte die Psyche und das Soma nur dann ordnend beeinflussen, wenn letztere ihm substanzähnlich sind; damit würden wir jedoch zu einer monistischen Anschauungsweise gezwungen. Schließen wir diese sehr summarische Darstellung, hervorhebend, daß, was den Monismus betrifft, weder die rein materialistische, noch die rein spiritualistische Auffassung für den heutigen Menschen befriedigend sein sollte; haben wir doch eben gesehen, daß weder das Soma (oder die Physis) noch die Psyche (außer, im Ausnahmefall, das Denken) als unmittelbar-reell existierend betrachtet werden können.

Wäre es uns möglich, bei unseren Fällen die Bedeutung z. B. des konstitutionellen Faktors voll zu erfassen, so fänden wir wahrscheinlich, daß ein und derselbe „Defekt“ gewisse physische oder physiologische Veränderungen im Striatum (oder dem diesem entsprechenden Kortexgebiet) bedingt im Sinne einer Übererregbarkeit oder einer erhöhten Anfälligkeit gewissen Infektionskrankheiten gegenüber, und daß er zugleich eine bestimmte Charakteranomalie entstehen läßt (die ihrerseits auch zur Bildung des oben beschriebenen ziemlich spezifischen Familienmilieus, aus dem die schweren Ticfälle hervorgehen, beiträgt<sup>1</sup>. Im einen Falle wird sich der erblich-konstitutionelle Faktor hauptsächlich auf dem physischen Plane, in einem andern mehr auf dem psychisch-charakterologischen Plane manifestieren (wie in unserem obigen Gleichnis der reelle Gegenstand sich einmal deutlicher in dem einen oder in dem andern Spiegel reflektieren kann<sup>2</sup>). Die Bevorzugung der einen oder der andern Manifestationsweise hängt von

<sup>1</sup> *Julius Bauer* (2) versucht, die psycho-physischen Korrelationen auf eine genetisch-konstitutionelle Grundlage zurückzuführen und nimmt an, daß gewisse „Gene“ polyvalent sind, in dem Sinne, daß sie zugleich eine organische Störung (z. B. ein Magenulcus) und eine neurologisch-psychische Störung (Ulcus-Charakter) bedingen. Damit vermeidet er das Problem der Möglichkeit einer direkten wechselseitigen Beeinflussung zwischen Psyche und Soma. Er überträgt das Problem auf die Chromosomen, löst es aber nicht.

<sup>2</sup> Gleichnisse enthalten bekannterweise meist nur eine relative Wahrheit. So könnte das unsrige leicht den Verdacht aufkommen lassen, Seele und Leib seien als unwirkliche Manifestationen eines unerkennbaren „Dinges an sich“ anzusehen. Dies ist nicht der Fall. Vielmehr wollen wir hier dahingestellt lassen, wieweit unsere „leiblichen“ und „seelischen“ Wahrnehmungen unmittelbare Wesenserkenntnis ermöglichen. Wir sind jedoch der Ansicht, daß die Dichotomie Körper-Psyche keiner Realität entspricht, sondern durch das Hineinprojizieren unserer, der heutigen mehr oder weniger materialistischen Denkweise entsprungenen Begriffe entstanden ist.

vielen Faktoren ab, die uns nicht immer genügend bekannt sind. Umweltfaktoren spielen hier eine wichtige Rolle (vgl. z. B. die Fälle von *Schönenberger* (83a), bei denen Tics mit ungünstigen Charakterveränderungen abwechselten. Auch bei unserem Fall I konnte ein gewisses negatives Verhältnis zwischen unreifem Benehmen und Tics beobachtet werden: anlässlich einer Appendektomie, temporäres Verschwinden der Schreie, aber infantiles, ängstliches, rücksichtsloses Benehmen. Das Alternieren der Tics mit schweren Kopfschmerzen und Schwindel bei unserem Fall I (während der Pubertät hörten die Kopfschmerzen auf, als die Tics sich verstärkten, und auch während den letzten Monaten verschwanden die Tics zweimal fast vollständig für kurze Zeit anlässlich schwerer, von Vertigo und Depression begleiteter Kopfschmerzen) kann als weiteres Beispiel für die wechselnden Manifestationen der gleichen fundamentalen Störung des „gesamten Menschen“ angesehen werden (44). Ähnliche Überlegungen würden sich bezüglich der Infektionskrankheiten (Chorea, Enzephalitis u. a.) als Ursache der Tics ergeben. Machen wir doch häufig die Beobachtung, daß die histopathologische Läsion der psychischen Störung (inkl. der Tics) keineswegs proportional ist. Wir wiederholen deshalb, daß die „störende Ursache“, sei es ein Virus, sei es ein psychisches Trauma, immer nur den „gesamten Menschen“ in einer bestimmten Weise verändert, und nicht die „Psyche“ als solche, oder das „Soma“ als solches (welche ja nur durch unsere menschliche Wahrnehmungsweise entstandene Begriffe sind) treffen können. Dies ist nicht nur von theoretischer Bedeutung, sondern auch therapeutisch wichtig, insofern, als es uns die Grundlage bildet zu einem tieferen Verständnis dafür, wie organische und psychische Therapie sich ergänzen können, handle es sich nun um ein sogenanntes körperliches oder um ein sogenanntes psychisches Leiden.

Damit haben wir nur angedeutet, daß bei unseren schweren Tic-Fällen das Ätiologie-Problem sich insofern vereinfacht, als die verschiedensten Ursachen unter einen einheitlichen Nenner gebracht werden. Andererseits kompliziert es sich aber sehr, da uns bewußt wird, daß wir die künstlich getrennten oder umschriebenen Ursachen (toxisch, traumatisch, konstitutionell usw.) in ihren teils sehr engen tieferen Zusammenhängen zu erfassen bestrebt sein müssen. Wenn wir die so häufig aufgestellten direkten kausalen Zusammenhänge zwischen Psyche und Soma als allzu einfache, unrichtige Theorie erkennen, fällt uns die Aufgabe zu, die somatischen und psychischen Symptome als Manifestationen des mit einem mannigfaltigen monistischen Makrokosmos in wechselseitiger Verbindung stehenden Menschen anzusehen. Dazu benötigen wir den Begriff der „Regression“. Da über diesen keine einheitlichen Ansichten bestehen, sei es erlaubt, wiederum von der Definition und von allgemeinen Überlegungen zu unserer spezifischen Aufgabe vorzudringen.

## V. Zum Problem der Regression

**Definition:** Wir bezeichnen mit dem Ausdruck „Regression“ das Auftreten psychischer, manchmal auch physiologischer und selten histologisch-anatomischer Zustände, Funktionen oder Veränderungen, die einer früher schon einmal überschrittenen Entwicklungsstufe (seelischer, physiologischer oder körperlicher Art, wobei deren Zusammenhang im oben ausgeführten monistischen Sinne zu verstehen ist) des Individuums, seiner Gattung oder der animierten Welt überhaupt entsprechen.

Diese sehr allgemein gefaßte Definition erfaßt nicht nur (a) die Regression zu Kindheits- (oder gar zu intrauterinen) Zuständen (Umkehr der Ontogenese). Denn neben dieser geläufigsten Regressionsform sind noch folgende denkbar: (b) Regression zu den Entwicklungsstufen unserer primitiven menschlichen Vorfahren; (c) Regression durch die verschiedenen Entwicklungsstadien der Tierwelt (Umkehr der Phylogenese); und schließlich (d) noch die Regression vom Menschenhaften zum Tierhaften, dann zum Pflanzlichen und schließlich zum Mineralischen.

Besonders dann, wenn wir *Häckel's* These, nach der die Ontogenese eine Wiederholung der Phylogenese darstellt, berücksichtigen, finden wir, daß obige vier schematisch auseinandergehaltene Arten von Regression miteinander verkettet sind. Dies finden wir besonders klar im psychologischen Bereich bei gewissen schizophrenen Patienten bestätigt, die z. B. nicht nur zu einer kindlichen-narzißtischen Stufe regredieren, sondern zugleich sich als tierisches Wesen, als Schlange, Löwe usw. fühlen und sich dementsprechend benehmen. Oder ein anderer Patient fühlt sich nicht nur als Neugeborenes, das in den Mutterleib zurückschlüpfen will, sondern zugleich als Tantalos-ähnliche Person, die ihres zu großen Wissens wegen von den Göttern bestraft werden soll (43). Dieses eben angedeutete Aufgespeichertsein psychischer Inhalte aus mythologischen oder vormythologischen Zeiten im heutigen Individuum hat uns *Jung* (49a) in seinen Schriften über die Archetypen dargestellt. Es würden also diese psychischen Inhalte, die nicht aus der Lebensgeschichte des einzelnen Individuums, sondern nur aus seiner Stammesgeschichte, seiner Phylogenese, deutbar sind, gewissermaßen den Rudimenten früher lebensnotwendiger Körper-Organen entsprechen. Und wie letztere unter gewissen Bedingungen nur einen Teil ihrer früheren Funktionen wieder aufnehmen können, so wird der psychisch regredierende Mensch nicht identisch mit seinen primitiven Vorfahren, mit einem Tier usw., sondern manifestiert nur etwas, das noch aus diesem Primitiven stammt, vom Tierischen noch einen Rest enthält. Schematisch zusammenfassend können wir also eine ontische Regression von einer phyletischen unterscheiden, und letztere in eine anthropologische, eine zoologische und in eine biologische unterteilen.

Vom Standpunkt der beschreibenden Psychologie aus könnten wir ebenfalls verschiedene Formen der Regression unterscheiden. Nehmen wir zuerst ein Beispiel: jemand, der nach einem seelisch und geistig sehr anstrengenden, verantwortungsvollen Arbeitstag in das komplikationsfreie, Geborgenheit darstellende Milieu seiner Familie heimkehrt, wird hier oft besonders einer sprachlichen Regression anheimfallen. Er wird seine Sätze nicht, wie fremden Menschen gegenüber, nach den feineren Regeln der Syntax aufbauen, und er wird sich oft in ziemlich dissoziierten, fast kindlichen Redewendungen oder Worten ausdrücken, da ihm dies eine gewisse Entspannung gewährt, und da die ihm nahe verbundenen Menschen den innersten Sinn seiner einfachen Ausdrucksweise fast intuitiv erfassen können. Solche Sprachregressionen beim gesunden Menschen haben manchmal einen schizophrenen Charakter, unterscheiden sich jedoch von der Sprache gewisser Schizophrener darin, daß sie nur dort, wo der Gesunde sich völlig sicher und geborgen fühlt, auftreten, und daß sie von seinen Nächsten verstanden werden, während der Schizophrene nicht die Möglichkeit, oft auch nicht die Hoffnung oder das Bedürfnis hat, mit der realen Umwelt Kontakt zu finden und seine dissoziierten Redewendungen nicht mehr zur Kommunikation mit der Umwelt, sondern nur noch zur Erlangung eines subjektiven Gefühls der Sicherheit innerhalb seiner Wahnwelt verwendet (89).

Während also der Gesunde zu regredieren vermag, ohne seine Umwelts- und Selbst-Beziehungen aufzugeben, oder, um mit *Binswanger* (7) zu sprechen, ohne sein „In-der-Welt-sein“ zu verlieren, können wir bei der schizophrenen Regression immer eine ausgesprochene qualitative Änderung oder den Verlust dieser Realitäts-Verhältnisse beobachten (87). Während sich nun die regressiven Manifestationen des wachen Gesunden (nicht des Träumenden) und — wie wir unten sehen werden — auch des [Neurotikers entweder nur auf einen, dem Ich untergeordneten Abschnitt der Persönlichkeit beschränken, oder dann die ganze Persönlichkeit ergreifen, aber ausschließlich der Periode nach der Festlegung der Selbst- und Umweltbeziehungen entstammen („Nach-Ich-Periode“), geht diese intrapsychische und autopsychische Isolierbarkeit bei der Schizophrenie verloren. *Binder* (5) hat die Genese und Bedeutung der intrapsychischen Isolierung (auch als Abkapselung, Abschnürung, bezeichnet), die er einer mehr oder weniger deutlich konstitutionell festgelegten Tendenz zur Abspaltung psychischer Konflikte bei Versagen der Verdrängung dieser Konflikte zuschreibt, in seinem ausgezeichneten Buch über die „Psychologie der Zwangsvorgänge“ sehr klar beschrieben, ohne jedoch auf den regressiven Charakter der abgespaltenen Seeleninhalte näher hinzuweisen. Gerade seine „Modifikation des Beharrungstriebes“, der sich mit den abgespaltenen Konflikten verbindet (und damit den chronisch repetitiven Charakter des

Zwanges bedingt) ist ja selbst, nach unserer Ansicht, ein regressives Symptom, da z. B. beim Kinde die Neigung zu Automatismus, Imitation und Persistenz ein normaler Zustand ist (11).

In einer früheren Arbeit (43) gaben wir die Anamnese eines Patienten wieder, bei dem das Verhältnis zwischen Verdrängung und Regression besonders deutlich hervortrat: Die Verdrängung der neu-aufgetretenen Probleme, die seine Kindheits-Konflikte aktivierten, war ihm nur während einer kurzen Zeit möglich, worauf er sie durch rituelle Handlungen und Vorschriften zwangshafter Natur zu bewältigen versuchte. Dennoch drohten die Probleme bald, sich seiner innersten Persönlichkeit zu bemächtigen, worauf er mit einer regressiven Einengung des Bewußtseins reagierte, bevor sich der „Ich-Verlust“ in einer Veränderung der normalen Umweltbeziehungen (Wahnideen, Halluzinationen) kundgab. Eine ähnliche Folge der Zustandsbilder finden wir bei unserem Fall III, bei dem die von klein auf bestehende Ängstlichkeit und Zurückgezogenheit die auffälligsten Symptome seiner ungenügend entwickelten Realitäts- (Umwelt- und Selbst-) Beziehungen waren, bis durch das Aufzwingen eines ihm nicht zusagenden Berufes durch den Vater alle bestehenden Konflikte aktiviert wurden und sich zunächst auf einer physiologischen Stufe Ausdruck zu schaffen versuchten: wir möchten die damals bei ihm aufgetretenen Darmstörungen (Diarrhoe und Flatulenz) mit *Franz Alexander* (1a) als ein infantiles, aggressives Von-sich-Wegstoßen auffassen. Dadurch, daß diese Regression zu einer infantilen Stufe sich im Bereich des physiologischen Geschehens allein manifestierte, blieb das „Ich“ des Patienten davon relativ unberührt. Jedoch vermochte dieses Ausdrucksmittel die Integrität der Persönlichkeit nicht lange zu wahren, weshalb eine psychische Ausdrucksweise durch Isolierung des Konfliktes auf einen vom Ich sich abspaltenden Seelenbezirk notwendig wurde und verschiedene Zwänge auftraten, wovon besonders der zwangsartige Gedanke, daß er rieche, den Übergang von der physiologischen zur psychologischen Ausdrucksweise zeigte. Für einige Zeit konnte der Patient von diesen Gedanken Abstand nehmen, zeigte aber immer weniger Interesse für seine weitere Umwelt, für seine Zukunft, wurde noch schüchterner und hielt sich ganz im Schoße seiner eigenen Familie. Schließlich griff die weitgehende Regression auch auf sein Ich über, und die reellen Beziehungen zur Umwelt gingen verloren. Er erkannte seinen Gedanken, daß er rieche, nicht mehr als unsinnig; der Zwangsgedanke wurde zur Wahnidee. Und da die Regression, wenigstens teilweise, auch die innerste Persönlichkeit erfaßt hatte und diese nun auf einer Stufe stand, die derjenigen entsprach, in welcher das Ich seine Selbst- und Umweltbeziehungen noch nicht festgelegt hatte, war damit auch die Möglichkeit für örtliche, zeitliche und autopsychische realitätsfremde Neuorientierungen, die sich in

den Wahnideen und Halluzinationen usw. offenbarten, gegeben. Die später während einer kurzen Periode aufgetretenen ticartigen Bewegungen und Schreie betrachten wir als einen neuen Versuch der intrapsychischen Isolierung schwerster aggressiver Impulse (wobei wir hervorheben möchten, daß zwischen den infantilen Aggressionen und dem Streben nach Kontakt und Liebe stets engste Beziehungen bestehen.) Doch gelang dieser Versuch der Isolierung nur teilweise, insofern, als der Patient diese Impulse nicht immer als fremdartig empfand und die aggressiven Handlungen oft auch von der Gesamtpersönlichkeit, ausgelöst durch Wahnideen oder Halluzinationen, ausgingen. Infolge der durch die Insulinkur bewirkten Besserung wurde es dem Patienten möglich, diese aggressiven Handlungen und Tics im Wachzustand zu unterdrücken, nicht aber während der durch das Insulin bewirkten psychischen Enthemmung. Um die Verhältnisse bei diesem schizophrenen Patienten noch etwas klarer darzustellen, werden wir jetzt vergleichshalber einige der regressiven Erscheinungen bei unserem Fall I aufzählen und zu verstehen versuchen:

Bei den Bewegungstics dieser Patientin scheint es sich im Sinne von *Bönheim* (10) u. a. um ein Wiederauftreten der vor dem 3.—4. Jahre mehr oder weniger normalen Hypermotilität und Ausdrucksmodi des Kleinkindes (die bei unserer Patientin überdurchschnittlich stark waren) zu handeln. Damit ist jedoch auch ein psychischer Inhalt, von dem die Aggression (Abwehrbewegungen) und das Ablehnen (Blinzeltic) nur ein Aspekt ist, verbunden. Ein weiterer Aspekt dieses psychischen Inhaltes tritt besonders deutlich im Schreitic (zum Teil sind die motorischen Tics Mitbewegungen beim Schreien) zu Tage. Infolge der langen Beobachtung dieser Patientin konnten wir zwei wichtige Funktionen des Schreies (nicht des Inhaltes des Schreies, auf den wir unten eingehen werden) mit Sicherheit erkennen: einerseits bezweckt er die Aufmerksamkeit der Umgebung zu erwecken und stellt die bei der Patientin sonst verdrängten narzißtisch-exhibitionistischen Neigungen dar und andererseits (und mit Vorigem zusammenhängend) ist er der Hilfe-Schrei, das Weinen des 1—3jährigen Kindes, das sich wohl als das Zentrum seiner Welt, zugleich aber ganz unselbständig fühlt, das vor dem Alleinsein sich fürchtet und sich zur Mutter ins Bett sehnt. Hingegen war die ängstlich-neurotische Mutter der Patientin, die ihre eigenen aggressiven Gefühle gegenüber der unerwünschten unehelichen Tochter in Form einer übertriebenen Bevormundung derselben ausdrückte, nicht fähig, dem Kinde das Gefühl des Geborgenseins und des Geliebtheits zu geben, sondern nährte in ihm eine starke Ambivalenz (Abhängigkeit versus Aggressivität). Diese Ambivalenz wurde durch den Eintritt in die Schule aus verschiedenen Gründen verstärkt, wodurch die Verdrängung der Konflikte unmöglich und das Auftreten der Tics als

regressive Manifestationen dieser Konflikte gefördert wurde. Auf weitere Aspekte der Psychodynamik bei diesem Falle sind wir schon oben eingegangen. Die Lokalisation vieler Tics und Gewohnheiten unserer Patientin in die Gegend des Mundes (Schnalzen, Kußbewegungen, Zunge-Hinausstrecken, Schlecken, Finger-in-den-Mund-stecken, Sich-auf-den-Mund schlagen, Schreien, Nägelbeißen usw.) spricht für eine diesbezügliche Regression zum sogenannten „oralen Stadium“, d. h. zu der Periode, in der das monatelange Kind fast den einzigen Kontakt mit der Umwelt, insbesondere mit der Mutter, durch den Mund erhielt. Dieses „orale“ Stadium entspricht in der Entwicklung des Kindes einer Periode, in welcher noch kein eigentliches Ich- oder Selbst-Bewußtsein besteht. Es stellt eine Regression in die „Vor-Ich-Periode“ dar. Mit dieser Periode sind auch die bei der Patientin beobachteten Echolalie, Palilalie und Echopraxie, die schon in ihrem Wesen die fehlende Trennung des Individuums von seiner Umwelt kundgeben, verknüpft. Auch beobachten wir ähnliche „Symptome“ sowohl beim Kleinkind als auch bei Primitiven und bei manchen Tieren (Affen . . ).

Das Zunehmen der Tics und ihre Ausbreitung auf den ganzen Körper mit Auftreten von Schrei- und Sprachtics — mit anderen Worten die „Ausbreitung“ der regressiven Phänomene — bedarf auch einer gewissen, wenn auch unvollständigen Erklärung: Ziehen wir in Betracht, daß die Regression u. a. eine Befriedigung, ein Gleichgewicht innerhalb der Gesamtpersönlichkeit (ein Gleichgewicht zwischen verschiedenen sich zum Teil widerstrebenden Wünschen und Zielen) herbeiführen soll, nachdem ein solches auf einer „reiferen“ Stufe unmöglich wurde. Die durch Regression erhältliche Befriedigung gewisser Wünsche und Bedürfnisse muß jedoch notgedrungenerweise eine Scheinbefriedigung bleiben, da sie nur die infantilen Keime der Wünsche und Bedürfnisse, die sich mit der Gesamtpersönlichkeit im Laufe der Jahre verwandelt und der Umgebung der erwachsenen Patientin angepaßt haben, zu erfassen vermag. Auf diesen neuen Anlaß zur Unbefriedigtheit haben besonders deutlich die Daseinsanalytiker (7a; 87) anläßlich der unreellen (weil regressiven) Scheinwelten der von ihnen untersuchten Schizophrenen hingewiesen. Da nun, wie schon oben erwähnt, unserer Ticpatientin keine Verdrängungskräfte mehr zur Verfügung stehen, diese Unbefriedigtheit zu unterdrücken, versucht sie diese (unbewußt) durch eine Zunahme der Tics, d. h. der infantilen, primitiven Wunschbefriedigung zu balancieren, damit das innere Gleichgewicht der Persönlichkeit erhalten bleibe<sup>1</sup>. Zudem

<sup>1</sup> Schon oben haben wir angedeutet, daß wir die Notionen Verdrängung und Regression mehr der Anschaulichkeit wegen trennen. In der Tat glauben wir kaum, daß ein qualitativer Unterschied zwischen diesen zwei Schutzmechanismen der Persönlichkeit besteht. Vieles, das wir unter dem Begriff „Verdrängung“ beschreiben, könnten wir ebensogut oder zugleich als Regression auffassen, wobei es sich allerdings meistens um psychophysiologische oder psychophysische regressiv Phänomene, wie z. B. bei Angstzuständen, bei hysterischen

scheinen jedoch die mit den Jahren, besonders während der Pubertätszeit, sich komplizierenden Lebensaufgaben, den Konflikt zwischen unbefriedigten infantilen Wünschen und reifen Lebenszielen zu verstärken und somit am Zunehmen der Tics wesentlich beteiligt zu sein. Wir gewinnen bei unserer Patientin den Eindruck, daß die Tics usw. im Laufe der Jahre nicht nur quantitativ zunehmen, sondern daß sie auch immer „tieferen“ Regressionen entsprechen, insofern als die ersten, für uns noch ziemlich einfühlbaren Tics (Augenschließen, Abwehrbewegungen) von komplizierteren Tics, Echolalie, Echopraxie, Palilalie usw. gefolgt waren, die uns mehr an das psychologische Verhalten bei primitiven Völkern als an ähnliche Erscheinungen beim Kleinkinde mahnen. Fügen wir noch hinzu, — nachdem wir den regressiven Inhalt der einzelnen Tics erwähnt haben — daß die Tics und Zwangsideen wie auch die Pseudohalluzinationen der verstorbenen Großmutter bei dieser Patientin (und wie in Fall II auch der äußerst starke Aberglaube) in ihrer Form sehr stark an magisch-rituelle Handlungen primitiver Völker oder unserer menschlichen Vorfahren erinnern. Aus Obigem wird auch ersichtlich, daß die „ontische“ von der „phyletischen“ Regression nicht scharf trennbar ist. Dies kann damit begründet werden, daß auch in den psychischen Aspekten der Persönlichkeit die Ontogenese gewissermaßen eine Wiederholung der Phylogenese darstellt.

Schließlich sind aber die regressiven Neigungen nicht nur bei den intrapsychisch isolierten, vom Ich getrennten, sondern auch bei den mit dem Ich vereinigten Seeleninhalten der Patientin hier und dort manifest. Achten wir nur z. B. auf die psychische Veränderung der Patientin infolge des Todes ihrer Großmutter: Bei der sich gegen die Großmutter stets auflehrenden, aggressiven, aber doch wieder von ihr stark abhängigen Patientin, bewirkte der Tod derselben starke Schuldgefühle, die durch die Vorwürfe der Mutter noch verstärkt wurden. Ebenso vermehrten Vorhalte der Mutter wie: „Du wirst mich mit deinem trotzigem und ungehorsamen Benehmen auch ins Grab bringen, wie du schon die Großmutter damit umgebracht hast“, auch die Angst der Patientin, durch ihre Aggressivität die Mutter, d. h. ihre einzige, wenn auch nur „infantil“ empfundene Sicherheit oder Geborgenheit, zu verlieren. Dies bewirkte eine Änderung im Verhalten der Patientin. Sie ging fast nie mehr zum Vergnügen aus, obschon sie sich zu Hause, selbst in Anwesenheit der Mutter, sehr langweilte. Auch konnte

---

Konversionssymptomen, bei gastrointestinalen Dysfunktionen und möglicherweise auch beim *Ulcus pepticum* handeln würde (1a). Wir kämen damit zur Hypothese, daß der „Verdrängungs-Regressions-Mechanismus“ zuerst äußerlich vielleicht gar nicht manifest wird (erfolgreiche Verdrängung) und sich bei zunehmenden Konflikten zuerst in „Ich-fernen“ d. h. physiologischen Funktionen des Gesamtmenschen, dann in „Ich-nahen“, aber vom Ich abgespaltenen psychischen Regungen äußert und erst zuletzt auf das Ich selbst übergreift (Desintegration: Schizophrenie und andere Psychosen).

sie sich nicht mehr, wie früher, auf ein Fest, einen Ausflug usw. freuen. Oft sagte sie ab, auch wenn sie genau wußte, daß sie sich gut amüsieren würde, sobald sie einmal im Kreise der anderen Menschen wäre. Die Patientin zeigt eine regressive Tendenz, sich auf die Umweltsbeziehungen der Vorschulzeit zu beschränken, wo sie noch ein braves, wenn auch ängstlich-schüchternes Kind gewesen war. In ihren Tagträumen sah sie die Großmutter so vor sich, wie sie sie aus ihrer Frühkindheit in Erinnerung hatte. Dabei konnte sie ihr, wie damals, ganz beschwerdelos alles erzählen, was sie tagsüber erlebt hatte. Diesen, Sicherheit und Geborgenheit bietenden Zustand konnte die Patientin nur durch die Unterdrückung der gegen die Mutter gerichteten Aggressivität und der Zerstörungswut gegenüber verschiedenen Gegenständen (die als Ersatz für Personen zu betrachten sind 77) zu erreichen hoffen. Dies bedeutete zugleich einen Verzicht auf das Geliebtwerden-können. Mit der Unterdrückung der Aggressivität ging eine Verstärkung der Tics einher. Besonders die Schreitics wurden mehr und mehr zu Sprachtics. Dabei zeigte sich die nunmehr vom Ich zum Teil abgespaltene Ambivalenz Aggression—Liebebedürfnis deutlich in der Form der Tics, sowie im Inhalt der Sprachtics. Damit erkennen wir in den Symptomen auch eine „progressive“ Bedeutung, auf die wir jedoch nicht näher eingehen wollen. Zusammenfassend wollen wir nur hervorheben, daß die intrapsychische Isolierung nach dem Tode der Großmutter nicht mehr genügte, das innere Gleichgewicht der Patientin zu erhalten. Dadurch dehnte sich die Regression auch auf die zentrale Persönlichkeit aus. Sie reicht jedoch weniger weit zurück als die Regression, die wir bei unserem schizophrenen Patienten, oder im intrapsychisch isolierten Gebiete dieser selben Patientin vorfanden. Mit anderen Worten: Sie reicht nur in die „Nach-Ich-Periode“ zurück. Dies erklärt auch, warum die zeitliche, örtliche und autopsychische Orientierung der Patientin nie gelitten hat. Die Realitätsbeziehungen blieben aufrechterhalten, und Wahnideen oder echte Halluzinationen konnten nicht auftreten. Immerhin weist die Art des progressiven Verlaufes der Krankheit auf die auch in der Literatur erwähnte Möglichkeit hin, daß sie eventuell in eine schizophrene Psychose übergehen könnte (63; 83a u. a.).

Die sexuellen Probleme der Patientin berühren wir hier nur kurz, da sie uns hauptsächlich sekundär, d. h. durch die schon erwähnten Konflikte usw. determiniert scheinen. Trotzdem sind sie am Zustandekommen der spezifischen Psychopathologie nicht unbeteiligt. Die mangelhafte sexuelle Aufklärung durch die Mutter einerseits und die Furcht, wie die Mutter und die Großmutter ein uneheliches Kind zu bekommen andererseits, konnten nur durch die — nicht sexuell bedingte — Identifikation der Patientin mit ihrer Mutter bedeutungsvoll werden. Wir müssen auch das Mit-einbezogen-werden der Sexualität bei regressiven Vorgängen berücksichti-

gen. So können frühkindliche oder spätere Funktionen und Geschehnisse sekundär eine deutlich sexuelle Färbung erhalten, was sicher von orthodoxen Analytikern selten genügend berücksichtigt wird (1).

Die Pseudohalluzinationen bei unserem Fall I, die Neigung zu paranoiden Auslegungen bei Fall II, die Ambivalenz und die Unfähigkeit, sich ganz auf das eigene Innenleben oder ganz auf die Außenwelt zu konzentrieren bei beiden Fällen, sollten ebenfalls als ziemlich weitgehende Regressionen aufgefaßt werden. Das nirgends fest verankerte Bewußtsein der Patienten kann somit zum Ausdrucksorgan für die verdrängten Probleme (spontane Tics) und zum überempfindlichen Resonanzboden für umweltliches Geschehen werden (Echolalie und Echopraxie<sup>1</sup>).

Wir erlauben uns, neben dem möglichst objektiv-wissenschaftlichen noch einen mehr subjektiv-intuitiven Standpunkt zu erwähnen: In den Momenten, in welchen es gelingt, uns willentlich in eine frühkindliche Erlebnisweise fühlend zurückzusetzen, empfinden wir uns fast frei von unserem Ich und können uns mit den Wesen und Objekten der Außenwelt und deren reichen und mannigfaltigen Inhalten sehr stark identifizieren. Wir empfinden dann „intuitiv“, daß wir auch in unserer materialistischen Epoche durch die Regression zu frühkindlichen Stufen (die wir, wie schon oben angedeutet, als rudimentäre Wiederholung der Existenzweisen unserer menschlichen Vorfahren betrachten dürfen) geistige Kräfte sammeln können, die uns im Alltagsleben stützen und vorwärtstreiben werden. So enthalten manchmal auch Märchen, Epen und Sagen gerade die moralisch-geistigen Impulse, die unser im Materialismus verfangenes „Ich“ zu lösen vermögen, und die uns wertvollere Lebensinhalte oder eine wirklichere Lebensaufgabe finden helfen. Ähnlich glaubt *Binswanger* (7a), daß dadurch, daß wir dem von einem psychotischen Schube remittierten Menschen helfen, den Sinn seiner mystischen Wahnerlebnisse zu erfassen, wir ihm zugleich diejenige Einstellung seinem Leben gegenüber ermöglichen, die einem Rückfall vorbeugen wird. Wir sehen im Kindlichen nur dann etwas Primitiv-Triebhaftes, wenn wir es mit dem Blick der „Erwachsenen“, Materialisten, betrachten, während wir in ihm eine verlorengegangene und auf einer neuen, bewußteren Art zu erlangende geistig-moralische Welt erblicken, sobald wir uns „intuitiv“ in unsere eigene Frühkindheit hineinzudenken vermögen.

<sup>1</sup> Die Frage, ob der Begriff „Regression“ sich nur auf „nicht organisch“ bedingte regressive psychische Phänomene ausdehnen sollte, müssen wir infolge unserer Ansichten über psychophysische Zusammenhänge verneinen. Natürlich handelt es sich bei den bei organischer Demenz auftretenden regressiven Symptomen nicht um ganz gleichartige Phänomene, wie z. B. bei der Regression Schizophrener. Dies schon deshalb nicht, weil es sich bei der organischen Demenz um einen, auch hirnpathologisch deutlich manifesten, irreversiblen Prozeß handelt. Es bestehen aber auch große Ähnlichkeiten zwischen den psychischen Funktionen (besonders dem Denken) der Organiker und der Schizophrenen. Die von zahlreichen Autoren unternommenen Analysen der Störungen dieser Funktionen bei den zwei Krankheitsgruppen sind noch lange nicht zu einem endgültigen und vollständigen Resultat gelangt (17; 18; 36; 50; 51; 60; 62; 73).

## VI. Zusammenfassung

Anhand von zwei ziemlich ausführlichen Anamnesen versuchten wir, hauptsächlich die psychischen Aspekte in der Entwicklung der „Maladie Gilles de la Tourette“ (konvulsive Tics) zu verstehen. Der Vergleich mit einem lange Jahre als Zwangsneurotiker angesehenen, ebenfalls zeitweise an Schrei-Tics leidenden, katatonen Patienten erlaubte uns ein tieferes Verständnis der psychologischen Aufgabe (Funktion) der Tics, sowie der ätiologischen Bedeutung eines ziemlich spezifischen Familienmilieus während der Kindheit dieser Patienten. Weiterhin führten wir aus, daß die in der Literatur angeführten Ansichten bezüglich der Ätiologie des Tics sich ergänzen, sobald man Psyche und Physis nicht als gegensätzlich oder als parallelgeschaltet, sondern als zwei von uns verschieden wahrgenommene Ausdrucksformen eines monistischen Ganzen betrachtet. Alle als regressiv zu bezeichnenden Symptome müssen als eine Folge eines teilweisen Versagens des Gesamtmenschen seiner gegenwärtigen Umgebung gegenüber, oder der spezifischen Lebensmission angesehen werden; sie treten oft zuerst in denjenigen Teilfunktionen des Menschen auf, die seinem „Zentrum“, dem „Ich“ am fernsten liegen (gewisse physiologische Veränderungen, hysterische Symptome u. a.), um in gewissen Fällen (vgl. unsern Fall III) schließlich auch das Ich selbst mit einzubeziehen. Des Patienten Verständnis einerseits für die psychischen Faktoren, die beim Versagen seiner Umweltbeziehungen mitspielten, andererseits für die durch die Regression freigelegten neuen progressiven (wenn auch einer früheren Entwicklungsstufe entsprechenden) Kräfte dürfte bei allen mit psychischen Veränderungen einhergehenden Krankheiten von therapeutischem Nutzen sein.

## Literaturverzeichnis.

1. Abraham K. The First Pregenital Stage of the Libido. London, Hogarth, 1927. —
- 1a. Alexander F. Medical Value of Psychoanalysis. 2nd Ed. New York Norton 1936. —
2. Bauer J. Constitution and disease. 2nd Ed. Grune and Stratton, New York 1945. —
3. Bechterew W. Revue f. Psych., Neuro. u. Exper. Psychol. 18 p. 193. 1913. —
4. Bellak L. und Wilson E. J. Nerv. Ment. Dis. 105 p. 2. Jan. 1947. —
5. Binder H. Zur Psychologie der Zwangsvorgänge. Karger Verlag 1936. p. 24. —
6. Bing R. Schw. Med. Wo. 55. p. 993 1925. —
7. Binswanger. Zu einer Phänomenologischen Anthropologie. 1947. —
8. Bleuler E. und M. Lehrbuch der Psychiatrie, Springer Verl. Berlin 1943. p. 291. . . 328. —
9. Bleuler E. Dementia Praecox od. Gruppe der Schizophrenien. Leipzig, Deuticke Verl. 1911. —
10. Bönheim C. Klin. Wochenschr. 1930 II. p. 2005. —
11. Boncour P. Le Progrès Médical. 37. p. 485. 1910. —
- 11a. Bostroem A. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde 68/69. p. 64. 1921. —
- 11b. Boß. „Limits of psychotherapy“; paper read at the 1947 Congress of the Sw. Psy. Assoc. in Zürich. —
12. Brescia M. Arch. of Pediat. 55. p. 703. 1938. —
13. Brill A. Freud's contribution to psychiatry. Norton Co. New York 1944. p. 120. —
14. Brissaud E. Presse Méd. 13. p. 73. 1899 (Févr.). —
15. Bumke. Handbuch der Geisteskrankheiten. Bd. 3. p. 79. Bd. 11. p. 79. Berlin. J. Springer 1930. —
16. Bychowski. J. of Nerv. Ment. Dis. 98. p. 368. 1943. —
17. Cameron N. Am. J. Psychol. 51. p. 650. 1938. —
18. Cameron N. J. abn. soc. Psychology. 34. p. 265. 1939. —
19. Charcot. Rif. med. n. 814. 1856; 186, 1885. —
20. Clark P.

- Med. Record 87. p. 171. 1915. — 21. *Colucci G.* Rif. Med. 1930 II. p. 1073. — 22. *Creak Mildred et al.* J. Ment. Sc. 81. p. 834. 1935. — 23. *Davis P.* and *Davis H.* Am. J. Psychiat. 95. p. 1007. 1939. — 24. *Dana and Wilkins.* J. of Nerv. and Ment. Dis. p. 405. 1886. — 25. *De Nigris G.* Riv. sperim. di fren. 49. p. 307. 1925. — 25a. *Deutsch H.* Psychoanalysis of the Neuroses. London Hogarth. 1932. — 26. *Dewulf A.* Mtschr. Psychiat. (Basel) 104. p. 53. 1941. — 27. *Dishoeck H.* and *Stekel W.* Therapie der Gegenwart. 630. p. 296. 1922. — 27a. *Dunbar F.* Emotions and Bodily Changes. 2nd. Ed. Col. Univ. Press, New York. 1938. — 28. *Economio C.* Wien. Med. Wo. 71. p. 1321. 1921. — 29. *Ferency S.* Int. Z. f. Psychoan. Jg. 7. p. 33. 1921. — 30. *Förster O.* Klinische Wochenschr. N. 11. 1913. — 31. *French T.* and *Kasanin J.* Psychoanalytik review 1. p. 579. 1944. — 32. *Gardner G.* Am. J. Psychiatry 87. p. 263. 1931. — 33. *Gerstmann J.* und *Schilder P.* Med. Klin. 19. p. 896. 1923. — 34. *Gilles de la Tourette.* Arch. de Neurol. 1885. N. 25 et 26. — 35. *Gilles de la Tourette.* Semaine médicale. 3 mai 1899. p. 153. — 36. *Goldstein K.* J. Nerv. and Ment. Dis. Vol. 97. No. 3. 1943. — 37. *Gordon A.* J. Nerv. Ment. Dis. 38. p. 3. 1919. — 38. *Grinker R.* und *Serota.* Am. J. Psychiat. 98. p. 385. 1941. — 39. *Grossman Morris.* Internat. Clin. 3. p. 179. 1924. — 40. *Guinon.* Revue de Médecine 6. p. 80. 1886. — 41. *Hajdu-Gimes.* Psychoanal. Rev. 27. p. 421. 1940. — 42. *Hamburger F.* Die Neurosen des Kindesalters. F. Enke Verl. Stuttgart. p. 173. 1939. — 43. *Heuscher J.* Medizinische Rundschau I. Heft 11. 1947. — 44. *Heveroch A.* Casopis Lek. ceskych. 53. p. 751. 1914. — 45. *Homburger A.* Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters. Berlin. Julius Springer Verlag. 1926. — 46. *Hoskins R.* The Biology of Schizophrenia. p. 64, 96, 98. Norton Co. N. Y. 1946. — 47. *Hunt and Hunt.* Personality and the Behavior Disorders. p. 900. Ronald Press Co. New York. 1945. — 48. *Jaspers K.* Allg. Psychopathologie. 3. Aufl. Julius Springer Verl. Berlin. 1923. — 49. *Jung C. G.* J. Ment. Sc. 85. p. 999. 1939. — 49a. *Jung C. G.* Die Psychologie der unbewußten Prozesse. 1917. — 50. *Kasanin J. S.* Language and Thought in Schizophrenia; Concluding remarks. U. C. Preß. 1944. — 51. *Kasanin J. S.* Am. J. Psychiat. 101. p. 770. 1945. — 52. *Kehrer F.* Die Verbindung von Chorea und Tic-förmigen Bewegungen mit Zwangsvorstellungen. Bonhöffer; S. Karger, Basel und Leipzig. 1938. — 53. *Kelterborn W.* Inaug.-Diss. Basel. 1926. — 54. *Kisker G. J.* Gen. Psychology. Oct. 1945. p. 171. — 55. *Klein M.* Internat. Z. f. Psychoanalyse 11. p. 332. 1925. — 56. *Krisch H. Z.* Neurol. 130. p. 257. 1930. — 57. *Kulovesi Yriyoe.* Internat. Z. Psychoanal. 15. p. 82. 1929. — 58. *Kulovesi Y.* Duodecim (Helsinki). 52. p. 137. 1936. — 59. *Kupper H.* Psychosom. Med. 7. p. 15. 1945. — 60. *Levin M.* Arch. Neurol. Psychiat. 24. p. 950. Chicago 1930. — 61. *Levy-Bruehl.* Primitive Mentality. New York. Macmillan 1923. — 62. *Malamud and Palmer.* Arch. Neurol. and Psychiat. 3. p. 68. Chic. 1938. — 63. *Meige H.* and *Feindel F.* Der Tic. Deuticke Verl. Berlin 1903. — 64. *Millici P. et al.* Psychiat. Quarterly 12. p. 650. 1938. — 65. *Mikulski Karol.* Rocznik psychjatr. H. 3. p. 11. 1926. — 66. *Olkon D.* Arch. Neurol. and Psychiat. 42. p. 649. 1939. — 67. *Oppenheim H.* Lehrbuch der Nervenkrankheiten 2. Aufl. p. 1270. Karger Verl. Berlin. 1905. — 68. *Pascheff C.* Rev. Gen. D'Ophthalm 40. p. 333. 1926. — 69. *Peritz G.* Die Neurosen des Kindesalters. 2. Aufl. p. 503. — 70. *Pollock H.* and *Malzberg B.* Am. J. Psychiat. 96. p. 1227. 1940. — 71. *Pope Curran.* Med. J. a. Record. Bd. 127. p. 436. 1928. — 72. *Reich W.* Z. f. Sexualwissenschaft 11. p. 302. 1925. — 73. *Reitman F. J.* Nerv. Ment. Dis. 105. p. 592. 1947. — 74. *Reitman F. J.* Ment. Sc. 93. p. 55. 1947. — 75. *Ruesch J. et al.* Psychosom. Med. 9. p. 77. 1947. — 76. *Rose F.* Revue Neurologique 28. p. 191. 1921. — 77. *Rouart Julien.* L'Evolution Psychiat. 1. p. 267. 1947. — 78. *Runge W.* Deutsche Z. Nervenheilk. 127. p. 96. 1932. — 79. *Sadger J.* Zschr. f. ärztl. Psychoan. 2. p. 354. 1944. — 80. *Schächter M.* Cerebro 15. p. 151. 1936. — 81. *Schilder P.* Psychotherapy. Norton Company Inc. N. Y. pp. 284, 309, 1938. — 82. *Schilder P.* Psychoanal. Rev. 26. p. 380. 1939. — 83. *Schneider K. Z.* Neur. 141. p. 351. 1932. — 83a. *Schönenberger-Mahler M.* J. Nerv. Ment. Dis. 103. p. 433. 1946. — 84. *Selling L.* Arch. of Neurol. 22. p. 1163. 1929. — 85. *Steck H.* Ztschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiat. 97. p. 124. 1925. — 86. *Stiefeler G.* Wien. Klin. Wochenschr. 1935 II. p. 1439. — 87. *Storch A.* Arch. Neurol. Psychiat. 59. p. 330. 1947. — 88. *Straus E.* Monatschr. f. Psychiat. Neurol. 66. p. 261. 1927. — 89. *Sullivan H. S.* Language and Thought in Schiz. U. C. Preß. 1944. — 90. *Toporkov N. et al.* Sovet Klin. 19. p. 349. 1933. — 92. *Vigotsky L.* Arch. Neurol. Psychiat. 31. p. 1063. Chicago 1934. — 93. *Wang M.* Neuropsychiatria 5. p. 354. 1939. — 94. *Weigert-Vowinkel.* Int. J. Psychoanal. 17. p. 190. 1936. — 95. *Wilder J.* and *Silbermann J.* Abhandl. aus der Neurol., Psychiat., Psychol. u. ihren Grenzgebieten 43. p. 1. 1927. — 96. *Wilder J.* Giorn. di clin. med. Parma. 9. p. 47. 1928. — 97. *Wilder J.* Jkurse ärztl. Fortbildg. 21. H. 5. p. 13. 1930. — 98. *Williams T. J.* of Nerv. and Ment. Dis. 39. p. 3. 1918. — 99. *Wilson K. J.* of Neur. a. Psychopathol. 8. p. 93. 1927. — 100. *Yelloules D.* Glasgow Med. J. 109. p. 320. 1928.



